



Alexitimia, Comportamentos Alimentares, Esquemas Emocionais e Sintomas Psicopatológicos em Adultos

PAULO CÉSAR RODRIGUES SILVA GAMEIRO

Dissertação de Mestrado apresentada ao ISMT para obtenção do grau de Mestre em
Psicologia Clínica

Área de especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Sónia Simões, Professora Auxiliar do ISMT

Coimbra, janeiro de 2018

Dedicatória

***Aos meus pais, por toda a força e confiança que depositaram em mim
pela presença nos momentos mais complicados
e acima de tudo, obrigado por tornarem este sonho realidade
muito obrigado!***

Agradecimentos

Com o terminar de mais uma fase da minha vida académica, quero expressar o meu profundo agradecimento às pessoas que, diretamente ou indiretamente, contribuíram para a conclusão deste trabalho.

À Professora Doutora Sónia Simões, minha orientadora, agradeço por toda a disponibilidade, apoio, atenção e paciência que teve para comigo. Agradeço todas as palavras de incentivo e motivação ao longo deste percurso.

Aos meus pais, pois sem eles, nada disto teria sido possível e agradeço-lhes do fundo do meu coração por todo o apoio e paciência que tiveram para comigo durante todo este processo. Sei que não foi fácil e meu muito obrigado!

Ao Hélder, por todos os puxões de orelhas, por todo o apoio e força que me deste e por toda a ajuda que me providenciaste para que isto fosse possível, por todos os empurrões que me fizeram não ter medo, o meu muito obrigado!

E por fim, não esquecer todas as outras pessoas importantes para mim, vocês que estiveram sempre ali quando tive vontade de desistir, que estiveram ali a puxar-me para cima quando estava mais desanimado, por todas as palavras, por todos os abraços, por toda a força e confiança, obrigado por tudo!

Resumo

Introdução: Os esquemas emocionais determinam o modo como cada um de nós reage perante determinadas adversidades no dia-a-dia. Por seu lado, a alexitimia enquanto dificuldade em expressar as emoções, pode influenciar a vida social e psicológica e, consequentemente, ter impacto no comportamento alimentar.

Objetivos: 1) estudar a relação entre alexitimia, comportamento alimentar, sintomas psicopatológicos e esquemas emocionais; 2) analisar as diferenças nas variáveis em estudo em função da presença versus ausência de alexitimia; 3) estudar as associações entre a presença/ausência de alexitimia e algumas variáveis sociodemográficas (sexo, idade, habilitações literárias e peso).

Metodologia: A amostra foi dividida em dois grupos, recorrendo-se ao ponto de corte da TAS-20: grupo como presença de alexitimia, composto por 39 indivíduos, 14 do sexo masculino (35,9%) e 25 de sexo feminino (64,1%); e grupo como ausência de alexitimia, constituído por 71 indivíduos, 35 do sexo masculino (49,3%) e 36 do sexo feminino (50,7%). Os participantes preencheram um formulário online constituído por: Questionário Sociodemográfico; *Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)*, *Emotional Schema Scale de Leahy (LESS)*, *Brief Symptom Inventory (BSI)* e *Teste de Atitudes Alimentares (TAA-25)*.

Resultados: Encontramos associações significativas positivas entre a presença de sintomatologia psicopatológica (BSI) e os comportamentos alimentares (TAA-25). No que toca a emoções, verificamos uma relação negativa entre crenças negativas e os comportamentos bulímicos, dieta e pressão social para comer. Relativamente à associação entre comportamentos alimentares e alexitimia, destacamos a associação positiva entre o comportamento bulímico e a dificuldade em identificar e descrever sentimentos e entre a pressão social para comer e a dificuldade em descrever sentimentos.

Discussão e conclusão: Os resultados deste estudo evidenciaram como a alexitimia, os esquemas emocionais, os sintomas psicopatológicos e os comportamentos alimentares se relacionam entre si. Ficou ainda presente que os sujeitos com alexitimia demonstram a presença de mais comportamentos bulímicos e sentem maior pressão para comer comparativamente com os sujeitos sem alexitimia. Estes resultados devem ser tomados em consideração na área da saúde mental e quando se pensa na elaboração de programas de prevenção nesta área.

Palavras-chave: alexitimia, comportamentos alimentares, esquemas emocionais, sintomas psicopatológicos

Abstract

Introduction: All of us have different ways of reacting in the face of adversities in our day to day life. Alexithymia as a difficulty in expressing emotions, can actually affect social and psychological life and as a consequence, it can also have an impact in the eating behavior.

Objetives: 1) study the relation between alexithymia, eating behavior, psychopathology and emotional schema; 2) analyze the differences between variables in function of presence versus absence of alexithymia; 3) study the associations between the presence/absence of alexithymia and some sociodemographic variables (age, gender, literacy, weight).

Methodology: The total sample was divided in two groups, using the cut off point of the TAS-20: group as a presence of alexithymia, composed of 39 individuals, 14 males (35,9%) and 25 females (64.1.%); and group as a absence of alexithymia, composed of 71 individuals, 35 males (49,35) and 36 females (50,7%). The participants answered an online google docs composed by: *Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)*, *Emotional Schema Scale de Leahy (LESS)*, *Brief Symptom Inventory (BSI)* e *Teste de Atitudes Alimentares (TAA-25)*.

Results: Some significant and positive associations between the presence of psychopathological symptomatology (BSI) and eating behaviors (TAA-25) were found. Concerning emotions, it was verified a negative relationship between negative beliefs and bulimic behaviors, diet and social pressure to eat. Regarding the association between eating behaviors and alexithymia, we can highlight the positive association between bulimic behavior and difficulty in identifying and describing feelings and between social pressure to eat and the difficulty in describing feelings.

Discussion and conclusion: The results of this study proved that alexithymia, emotional schemes, pathological symptoms and eating behaviors are related to each other. It was also proved that the subjects with alexithymia demonstrate the presence of bulimic behaviors and feel more pressure to eat compared with the subjects without alexithymia. This results should be taken into account in the area of mental health and when we think about the elaboration of prevention programs in this area.

Key-words: alexithymia, eating behaviors, emotional schema, psychopathology symptoms

Introdução

Esquemas emocionais e alexitimia

Emoção e sentimentos são duas palavras frequentemente utilizadas no nosso quotidiano e a sua distinção pode ser bastante confusa para todos nós. Segundo o dicionário da Língua Portuguesa (5ª edição), a palavra *emoção* é definida como “estado psicorgânico de tonalidade afetiva intensa, breve, caracterizada por brusca rutura das funções mentais e fisiológicas”.

Sentimento é definida como “ato ou efeito de sentir; estado afetivo que tem por antecedente imediato uma representação mental; disposição afetiva duradoura; facto emocional; afeição; paixão; mágoa; desgosto; intuição mais ou menos confusa que não sabemos justificar racionalmente; intuição; pressentimento; consciência; juízo; opinião; convicção; ideia; ponto de vista; conhecimento por experiência vivida” (Schrer, 1987, p. 697).

Para uma melhor distinção entre emoção e sentimento, Damásio (2010) refere que as emoções, embora automatizadas, são programas complexos de comportamentos modelados pela evolução, mais propriamente, comportamentos completados por pensamentos que abrangem conceitos e modos de pensar. Mais especificamente, é uma panóplia de ações ocorrentes no corpo, tais como expressões faciais e mudanças corporais. Já sentimentos, este mesmo autor refere como sendo formas de perceber as mudanças corporais e mentais quando se sentem determinadas emoções.

Damásio (1996) sublinha ainda a distinção entre emoções primárias e secundárias, em que as primárias se referem a emoções decorrentes na infância e as secundárias a emoções decorrentes na vida adulta. A linguagem está associada com as emoções, visto que é um canal pelo qual expressamos o que sentimos.

Os seres humanos reagem perante determinados estímulos de maneira diferente, podendo essas formas adquirir os estados de raiva ou tristeza, entre outros. Também o modo como se pensa sobre as emoções é diferenciado, podendo as emoções ser vistas como temporárias ou toleráveis, fazendo sentido tudo o que se está a sentir. Já outras pessoas encaram algumas emoções como uma forma de fraqueza, sentindo tudo como vergonha

e não expressando/expondo as suas emoções pois acham que ninguém ia compreender o que sentem, que seria humilhante para si (Leahy, Tirsch e Napolitano, 2011). O interpretarem as suas emoções de forma tão negativa, contribui para que estas pessoas tenham receio das suas próprias emoções, encontrando outras estratégias para escapar delas (e.g., álcool, drogas, tabaco, isolamento, ruminação), conduzindo consequentemente a um reforçar das suas emoções negativas (Leahy, Tirsch e Napolitano, 2011). Estas interpretações e avaliações das emoções são denominadas de **esquemas emocionais** e os esquemas são as “lentes” pelas quais as pessoas interpretam as suas experiências emocionais (Leahy, Tirsch e Melwani, 2012).

Greenberg (2011) afirma que os esquemas emocionais se encontram na base das respostas emocionais dos adultos. Refere ainda que estes são componentes internos das memórias emocionais que englobam elementos afetivos, motivacionais, cognitivos e comportamentais que são ativadas por estímulos externos. Os esquemas são ativados então por estímulos que “correspondem às características de input do esquema e produzem experiência e ação como output.” (p.58). O esquema emocional representa, então, a ocorrência de uma experiência desde o estímulo inicial até à sequência dos momentos da experiência com princípio, meio e fim. Deste modo, as experiências de vida importantes que ativam respostas emocionais, são compiladas numa memória emocional esquemática (Greenberg, 2011).

No que respeita ao que fazer quando estas emoções ocorrem, algumas pessoas optam por ignorar, outras escolhem comer ou ruminar sobre o assunto e outras escolhem simplesmente fugir destas, procurando evitar as emoções. Segundo Hayes, Strosahl e Wilson (1999), utilizar estratégias como evitar ou fugir, apenas vai reforçar o sentimento de que a pessoa não consegue tolerar estar com estas emoções. Por exemplo, se uma pessoa tem interpretações negativas/problemáticas sobre a sua ansiedade, encarando esta como algo complicado de controlar, ela vai continuar a sentir-se ansiosa. Estratégias cognitivas e comportamentais como estas são componentes de esquemas emocionais (Leahy et al., 2011).

Sifneos et al. (1977) referem défices no afeto que estariam ligados a doenças psicossomáticas. Estes défices abrangiam uma incapacidade em utilizar a linguagem para descrever sentimentos, incapacidade para distinguir emoções e sensações corporais, escassez de sonhos e uma frequente descrição de detalhes de um episódio com emoções prazerosas que eram referidos como pensamento operacional. O termo **alexitimia** nasce assim para descrever estes défices (anteriormente referidos) nos afetos, com semelhanças a défices de memória ou défices intelectuais ocorrentes em problemas mentais. Provém do grego *Alexisthymus* onde “a” significa “sem”, “lexis” significa “palavra” e “thymus”, “ânimo” ou “emoção”, mais especificamente, é possível dizer que alexitimia quer dizer *sem palavras para sentimentos*

(Freire, 2010). O que despertou ainda mais o interesse foi o facto de défices similares a estes anteriormente referidos, terem sido observáveis em pacientes com doenças psicossomáticas e também em pessoas que sofriam de stresse pós-traumático, alcoolismo, toxicodependência e sociopatia (Sifneos, 1977).

Assim, a alexitimia é vista como uma forte perturbação na vivência emocional (Torres e Guerra, 2003). Mais tarde, Sifneos distingue dois tipos de alexitimia sendo eles, a *alexitimia primária* que engloba fatores etiológicos de ordem biológica, e a *alexitimia secundária* que engloba fatores de origem psicossocial (Carneiro e Yoshida, 2009). A *alexitimia primária* é definida como “uma forma biológica da doença, advinda de defeito estrutural neuroanatômico ou deficiência neurobiológica e pressupõe a interrupção da comunicação entre dois hemisférios cerebrais ou entre o sistema límbico e o córtex”. Por seu lado, a *alexitimia secundária* seria uma reação a efeitos de traumas ou doenças graves “podendo ter como origem situações traumáticas vividas em períodos críticos do desenvolvimento infantil ou traumas intensos na idade adulta” (Sifneos, 1991, p. 119).

Estas experiências traumáticas, quer na infância, quer na vida adulta, poderão ser tão graves que poderão levar a alterações no funcionamento psíquico, afetando a vida do indivíduo a longo prazo. E, quando estas situações traumáticas acontecem antes do desenvolvimento da linguagem, conseqüentemente haverá dificuldade em expressar os sentimentos devido à incapacidade de usar palavras (Carneiro e Yoshida, 2009). Assim, experiências traumáticas como abusos físicos, sequestro, traumas de guerra entre outros desencadeiam em indivíduos regressões nas funções afetivo-cognitivas e, conseqüentemente, o reagir a situações de forma a impedir uma consciencialização da emoção (Krystal et al., 1986).

Também a relação mãe-criança pode ter muito impacto no desenvolvimento da alexitimia. Giller e Cicchetti (1986) afirmam que excessos ou privações na relação mãe-criança, podem dificultar um bom desenvolvimento da capacidade de expressar emoções, mais propriamente, “falhas na internalização da função parental de proteção, uso excessivo de negação e repressão de afetos, colapso dos mecanismos de defesa do ego”, isto é, resultando num mau desenvolvimento afetivo. Ainda dentro desta temática, McDougall (1982), sublinha as vivências emocionais primárias entre mãe-filho e a sua relação com a alexitimia secundária, abordando o assunto da falta de afetividade na primeira infância que seria normativo no vínculo materno.

É também possível afirmar que indivíduos que possuam tais características de alexitimia respondam a conflitos emocionais de forma rígida, verificando-se em posturas

rígidas e raramente chorando e, quando choram, as suas lágrimas não se encontram relacionadas com algum tipo de emoção. Estas pessoas tentam ao máximo conectar-se com outras pessoas, porém a sociedade encara-as como se fossem computadores desprendidos de sentimentos (Sifneos, 1977).

Comportamento Alimentar e Perturbações do Comportamento Alimentar

O comportamento alimentar é influenciado por fatores psicológicos e sociais. Mas antes, é necessário fazer uma distinção entre ingestão alimentar e comportamento alimentar. O primeiro termo abrange o ato de ingerir alimentos e o pensamento sobre quais alimentos a ingerir, enquanto que o segundo termo refere-se à quantidade de alimentos a ingerir, tendo sempre em conta as calorias desses mesmos alimentos. Esta restrita seleção de alimentos, baseada nas calorias, vai ter impacto no peso e em como o corpo é percebido. Neste sentido, pessoas insatisfeitas com o seu corpo lutam constantemente com o que comem, tendo elas fome ou não, pois o que importa para estas é atingir um determinado peso (Viana, 2002). O comportamento alimentar abrange ainda duas funções, sendo estas: manter o nível de nutrientes necessários para a sobrevivência e ainda, o prazer que se retira ao comer (através da libertação de serotonina e dopamina) (Lent, 2014).

As perturbações do comportamento alimentar caracterizam-se por preocupação excessiva com a imagem corporal e com o peso e não apenas pela presença de hábitos alimentares irregulares. Segundo Fairburn e Harrison (2003), as perturbações do comportamento alimentar definem-se através de três parâmetros: existência de um distúrbio claro nos hábitos alimentar ou em comportamentos de controlo de peso; distúrbio psicológico e/ou da saúde física; e por fim, a perturbação não deve ser secundária a outras condições medicas ou psiquiátricas.

As perturbações do comportamento alimentar mais comumente descritas na literatura são a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e o *binge eating*.

A **anorexia nervosa** caracteriza-se por uma “recusa sistemática em manter o peso mínimo normal adequado à idade e altura, acompanhada de uma perturbação no modo como o indivíduo vivencia o seu peso e a sua forma física” (Oliveira e Santos, 2006, p.353). A anorexia nervosa debruça-se sobre uma busca pela perda de peso que consequentemente termina na obtenção de um peso muito baixo. Esta perda de peso resulta numa severa exclusão de alimentos, que sejam vistos como alimentos que engordem (Fairburn e Harrison, 2003). Em algumas pessoas, esta restrição é alimentada por outros problemas psicológicos, sendo um deles o desejo de se castigarem a si próprios. Alguns comportamentos que as pessoas

podem usar para obter perda de peso passa por um excesso de exercício físico, vômito autoinduzido ou até o uso de laxantes ou diuréticos. Refira-se que, em comorbidade, podem ainda experienciar sintomas de depressão e ansiedade, irritabilidade, alterações de humor e falta de apetite sexual (Fairburn e Harrison, 2003).

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM5, 2014), os critérios de diagnóstico da anorexia nervosa são: “1) Restrição do consumo de energia relativamente às necessidades conduzindo a um peso significativamente baixo para a idade, sexo, trajetória de desenvolvimento e saúde física”; “2) Peso *significativamente baixo*, isto é, um peso corporal abaixo do nível normal mínimo ou, para crianças ou adolescentes, abaixo do peso mínimo esperado”; “3) Medo intenso de ganhar peso ou de engordar ou comportamentos persistentes que interferem com o ganho de peso, mesmo quando tem um peso significativamente baixo e perturbação na própria apreciação do peso ou forma corporal, influência indevida do peso ou da forma corporal na autoavaliação, ou ausência de reconhecimento persistente da gravidade do baixo peso atual.” (DSM5, 2014, p. 338)

É possível distinguir ainda dois tipos de anorexia, sendo eles: tipo restritivo, em que o indivíduo não recorre a episódios de ingestão alimentar compulsiva ou a comportamentos purgativos recorrentes, ou seja, não provoca vômito ou mau uso de laxantes, diuréticos ou enemas. Neste subtipo encontra-se descritas as formas clínicas nas quais a perda de peso se consegue principalmente com dieta, jejum e/ou exercício físico excessivo. O segundo tipo de anorexia, ingestão compulsiva/purgativo, remete para o indivíduo que recorre aos comportamentos anteriormente referidos (DSM5, 2014).

Outra perturbação do comportamento alimentar é a ***bulimia nervosa***, em que por definição ocorre a ingestão compulsiva de alimentos e a utilização de métodos compensatórios inapropriados para impedir o aumento de peso (DSM5, 2014). Segundo Fairburn e Harrison (2003), a quantidade de alimentos ingeridos é o que distingue a anorexia da bulimia, sendo que na bulimia nervosa a quantidade de alimentos ingeridos normalmente varia entre 1000 kcal e 2000 kcal, recorrendo-se a um vômito autoinduzido ou ao uso de laxantes. Assim como nas pessoas com anorexia nervosa, sintomatologias como a depressão e a ansiedade também são sentidas por estas pessoas.

Como critérios de diagnóstico de bulimia nervosa temos: “1) Episódios recorrentes de ingestão compulsiva onde um episódio é caracterizado por: comer, num período curto de tempo (...), uma quantidade de alimentos que é sem dúvida superior à que a maioria dos indivíduos comeria num período de tempo semelhante e nas mesmas circunstâncias”; “2) Comportamento compensatório inapropriado recorrente para impedir o ganho ponderal, tal

como indução de vômito, mau uso de laxantes; jejum ou exercício físico excessivo”; “3) ingestão compulsiva de alimentos e os comportamentos compensatórios inapropriados” e; “4) A autoavaliação é indevidamente influenciada pelo peso e formas corporais e a perturbação não ocorre exclusivamente durante os episódios de anorexia nervosa” (DSM5, 2014, p. 345).

Por fim, o *binge eating* é visto como a perturbação mais comum e é definida como uma “rápida ingestão de comida sem recorrer a comportamentos purgativos” (Voon, 2015, p. 1).

Refira-se que no *DSM 5* são também descritos os *transtornos alimentares sem outra especificação*, que abrangem casos de anorexia nervosa e bulimia nervosa em que os sintomas são mais leves, ainda que podendo evoluir (Souza, 2015). No que respeita às prevalências das doenças o comportamento alimentar, em 1996 realizou-se um estudo nos distritos de Lisboa e Setúbal junto de 2.398 jovens do sexo feminino e constatou-se uma prevalência da anorexia de 0,4% nesta população Portuguesa. As perguntas abrangiam temas como: satisfação e imagem corporal, hábitos alimentares eventuais perdas de peso e amenorreias. Verificou-se também que 38% das jovens com peso normal ou baixo desejavam ser mais magras e 49% afirmavam ter “uma parte do corpo gorda”. Sobre a idade onde se verificava maior prevalência, incidia sobre os 19 anos e com menor frequência aos 10 anos (Sampaio et al., 1999). Num outro estudo realizado por Pocinho (2000), numa amostra de estudantes, a prevalência de anorexia nervosa foi de 0,6% no sexo feminino e 0,4% no sexo masculino.

No que toca à bulimia, os resultados demonstraram uma prevalência de 0,9% no sexo masculino e 1,2% no sexo feminino. Em 2001, num estudo realizado em estudantes do ensino secundário do sexo feminino, a prevalência de anorexia atingiu os valores de 0,4% e 12,6% de bulimia (Carmo, citada por Dixe, 2007). No estudo de Dixe (2007), realizado em Leiria com estudantes do ensino secundário e superior, verificaram-se as seguintes prevalências: nas raparigas dos 14 aos 17 anos, 3,4% de anorexia e 6,3% de bulimia; no caso das raparigas mais velhas, entre os 18 e os 25 anos, 1,4% de anorexia e 3,4% de bulimia. No que toca aos rapazes, nas idades entre os 14 e os 17 anos, verificou-se uma percentagem de 1,1% na anorexia e 3,5% de bulimia.

Pereira e colaboradores (2005) referem motivos do porquê de a prevalência das perturbações do comportamento alimentar ser mais elevada no sexo feminino do que no sexo masculino. Além de se tornar mais difícil um diagnóstico no sexo masculino, o sexo feminino encontra-se debaixo de uma pressão sociocultural para que devam ter um corpo perfeito.

Alexitimia, Psicopatologia e Comportamento Alimentar

A relação entre alexitimia e comportamento alimentar tem sido alvo de atenção de muito investigadores. Bruch (1973, citado por Torres e Guerra, 2003) refere que estas doenças

(alexitimia e comportamento alimentar) estão associadas a problemas na compreensão e identificação de sensações corporais internas referentes às emoções. Laquantra e Clopton (1994) realizaram um estudo com uma amostra de 320 estudantes universitárias do sexo feminino e concluíram que a dificuldade em identificar emoções estava relacionada com as perturbações alimentares. Taylor et al. (1996) realizaram um estudo semelhante ao de Laquantra e Clopton (1994) com mulheres anoréticas e os resultados demonstraram igualmente uma associação entre a alexitimia e traços psicológicos e cognitivos característicos de doentes com perturbações alimentares. Foi então identificada a existência de alexitimia em 77,1% da amostra. Também no estudo de Cochrane et al. (1992), das 114 pessoas do sexo feminino que sofriam de perturbações alimentares, 63% seriam alexitímicas. Igualmente, Eizaguirre, Cabezon, Alda, Olariaga e Juaniz (2004) confirmaram relação positiva entre presença de alexitimia, ansiedade e depressão, sendo referido pelos autores que a alexitimia pode ser vista como um traço de personalidade em pessoas com perturbações do comportamento alimentar e, em outros casos, a alexitimia pode ser secundária à depressão e à ansiedade. Similarmente, Ferreira (2005) estudou uma amostra portuguesa do sexo feminino, composta por 80 raparigas com anorexia, em recuperação e um grupo não-clínico de 80 raparigas provenientes de escolas secundárias e universitárias, evidenciando a relação positiva entre a alexitimia, a depressão, a ansiedade e autoeficácia.

Posto isto e devida à escassez de estudos que englobem a alexitimia, os esquemas emocionais e os comportamentos alimentares, o presente estudo tem como objetivo principal estudar a relação entre essas variáveis. Para tal, a amostra deste estudo foi dividida em duas subamostras, como base na presença e ausência de alexitimia. Também foram propostos os seguintes objetivos secundários: 1) estudar a relação entre alexitimia, comportamento alimentar, sintomas psicopatológicos e esquemas emocionais; 2) analisar as diferenças nas variáveis em estudo (comportamento alimentar, sintomas psicopatológicos e esquemas emocionais) em função da presença versus ausência de alexitimia; 3) estudar as associações entre a presença/ausência de alexitimia e algumas variáveis sociodemográficas (idade, género e habilitações literárias).

Materiais e Métodos

Para a realização da recolha de dados, foi construído um questionário sociodemográfico e foram endereçados pedidos de autorização aos autores dos instrumentos a utilizar na recolha de dados.

Foi elaborado um consentimento informado para os participantes, onde foram apresentados os objetivos do estudo, sendo garantida a confidencialidade dos dados recolhidos. O protocolo do estudo foi composto por: Questionário Sociodemográfico (criado para o estudo); Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20; Taylor, Bagby e Parker, 1992; adaptação de Prazeres, 2000); Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Derogatis, 1982; adaptação de Canavarro, 1999); Teste de Atitudes Alimentares-25/ Eating Attitudes Test (TAA-25/EAT-25; Garner e Garfinkel, 1979; Pereira et al., 2006); e Emotional Schema Scale de Leahy (LESS; Leahy, 2002a, 2003a; versão modificada de Dinis e Pinto-Gouveia, 2011).

Em seguida, foi criado um protocolo online no Google Docs, sendo posteriormente partilhado através das redes sociais, com vista a ser preenchido por adultos (idade igual ou superior a 18 anos). A recolha de dados decorreu entre os meses de março e agosto de 2017.

Foram anulados 9 questionários devido à falta de preenchimento de alguns itens que seriam cruciais para o estudo.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico elaborado pelo autor deste trabalho e pela sua orientadora é composto por 30 itens: 1) *Idade*; 2) *Profissão*; 3) *Habilidades Literárias*; 4) *Peso (Atual)*, 5) *Altura (Atual)*; 6) *Alguma vez lhe foi diagnosticado um distúrbio alimentar?* 7) *Se a resposta acima for afirmativa, responda às seguintes perguntas. Caso responda não, passe para a próxima pergunta*; 8) *Qual o distúrbio alimentar que lhe foi diagnosticado?*; 9) *Desde que idade surgiu esse problema?*; 10) *Fez algum tipo de tratamento para combater esse mesmo distúrbio?*; 11) *Se respondeu sim à questão anterior, indique qual?*; 12) *Sentiu melhorias depois de fazer tratamento?*; 13) *Se respondeu sim à questão anterior, indique qual(is)?*; 14) *Já alguma vez usou laxantes, diuréticos, medicamentos para emagrecer ou outras drogas com o intuito de perder peso?*; 15) *Em criança/adolescente tinha excesso de peso/obesidade ou peso abaixo do normal (magreza excessiva)*; 16) *Se respondeu sim à questão anterior, indique qual?*; 17) *Está satisfeito com a sua imagem corporal?*; 18) *Se respondeu Outro, indique qual?*; 19) *Já praticou algum tipo de exercício físico de forma exagerada com o objetivo de perder peso?*; 20) *Já realizou alguma cirurgia para alterar o peso?*; 21) *Se respondeu sim à questão*

anterior, indique qual?; 22) É verdade que não gosta de algumas partes do seu corpo? (e.g., barriga, pernas); 23) Se respondeu sim à questão anterior, indique qual?; 24) Já teve episódios de compulsão alimentar, em que se sentiu incapaz de parar?; 25) Se sim, com que frequência: (Especifique se o nº de vezes que indica é diariamente, semanalmente ou mensalmente); 26) Já fez dietas altamente restritivas ao ponto de desmaiar ou ficar extramente fraco e débil, carente de vários nutrientes?; 27) Se sim, quantas vezes ao longo da sua vida; 28) Atualmente tem algum distúrbio alimentar?; 29) Se respondeu sim à questão anterior, indique qual? e por fim na pergunta 30, encontra-se uma tabela com várias afirmações sobre a caracterização dos **comportamentos alimentares**, possibilitando vários tipo de resposta (Sempre, Muitas vezes, Algumas vezes; Raramente e Nunca).

Toronto Alexithymia Scale (TAS 20; Taylor, Bagby & Parker, 1992; Adaptação de Prazeres, Parker e Taylor, 2008)

A Escala de Alexitimia de Toronto (TAS 20) é o instrumento de avaliação mais utilizado para avaliar a alexitimia, apresentando uma alta precisão e validade de construto (Prazeres et al., 2000). É uma escala de autoavaliação constituída por 20 itens com opções de resposta do tipo Likert de 5 pontos, sendo eles: 1 - Discordo Totalmente; 2 - Discordo em parte; 3 - Não concordo nem discordo; 4 - Concordo em parte e 5 - Concordo totalmente.

A versão portuguesa manteve a estrutura fatorial original, revelando-se três fatores: Dificuldade em identificar sentimentos e em distingui-los de sensações corporais da emoção (itens 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14); Dificuldade em descrever os sentimentos aos outros (itens 2, 4, 11, 12, 17); e Estilo de pensamento orientado para o exterior (itens 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20) (Prazeres et al., 2000). A leitura das pontuações é feita através do somatório de todas as respostas atribuídas, invertendo os itens 4, 5, 10, 18, 19 que são cotados inversamente. As pontuações que sejam iguais ou menos de 51 pontos, equivale a não ter alexitimia; igual ou superior a 61, equivale a ter alexitimia e pontuações entre 52 e 60, equivale a uma possibilidade de ter alexitimia (Bagby, Parker e Taylor, 1994).

Sobre as qualidades psicométricas, o TAS-20 apresenta um alfa de Cronbach de 0,79, tanto para a versão portuguesa como para a versão original (Prazeres et al., 2004). No presente estudo, o alfa de Cronbach foi de 0,86, valor indicativo de uma boa consistência interna (Pestana e Gageiro, 2008).

Escala de Esquemas Emocionais/Emotional Schema Scale de Leahy (LESS; Leahy, 2002a, 2003a; versão modificada de Dinis e Pinto-Gouveia, 2011)

No presente estudo foi utilizada a versão Portuguesa do LESS, modificada por Dinis e Pinto-Gouveia e constituída por 17 itens. A versão original de 50 itens era exaustiva para quem estava a preencher o questionário e, assim, foi criada esta versão de 17 itens, um instrumento de avaliação breve, de fácil aplicação e de rápido preenchimento.

É uma escala de autoavaliação com opções de resposta do tipo Likert de 6 pontos (1 – Totalmente Falsa; 2 – Moderadamente Falsa; 3 – Ligeiramente Falsa; 4 – Ligeiramente Verdade; 5 – Moderadamente Verdadeira e 6 – Totalmente Verdadeira). Uma análise fatorial exploratória sugeriu a existência de uma estrutura bidimensional, estrutura essa constituída pelos seguintes fatores: 1) crenças negativas (itens 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, e 17): explora crenças de que as emoções são incontroláveis, confusas, inaceitáveis, perigosas e prejudiciais; 2) crenças de validação emocional (itens 4, 14, 15 e 16): reflete as crenças de que as emoções são validadas, normalizadas, compreendidas e aceites pelos outros. As pontuações mais elevadas revelam a presença mais marcada dessas crenças. Para o cálculo das dimensões visão positiva das emoções e visão negativa das emoções, deve ser feito um somatório dos itens correspondentes e dividir pelo número de itens. No fim, quanto maior for a pontuação obtida, maior é a visão positiva ou negativa das emoções (Dinis, 2014).

Algumas dimensões dos esquemas emocionais avaliam não só uma visão adaptativa e flexível sobre as emoções, mas também uma adoção de atitudes funcionais e outras avaliam uma visão desadaptativa e rígido relativa às emoções e à adoção de atitudes não-funcionais de lidar com as crenças e emoções. Posto isto, não se torna possível obter um total da escala, mas sim informação sobre cada uma das dimensões separadamente. Assim, apesar de não existir um total para a escala, alguns estudos recorreram à recodificação dos itens necessários, para que seja possível uma obtenção de um compósito representativo do total das *crenças negativas acerca das emoções* (Dinis, 2014; Tirsch et al., 2012).

Análises psicométricas aos itens que compõe esta versão revelaram que as duas dimensões apresentaram uma boa consistência interna e uma adequada validade de construto. Assim, esta versão revelou uma boa consistência interna e os alfas de Cronbach obtidos são de 0,93 para o fator “crenças negativas” e 0,84 no fator de “crenças de validação emocional”. Já a escala original possui um alfa de Cronbach de 0,70 (Dinis, 2014). No presente estudo, os alfas de Cronbach foram de 0,90 na escala total, tendo-se obtido alfas de 0,95 no fator “crenças negativas” e 0,83 no fator de “crenças de validação emocional”, valores indicativos de uma boa consistência interna (Pestana e Gageiro, 2008).

Inventário de Sintomas Psicopatológicos/Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1982; adaptação Portuguesa de Canavarro (1999))

O BSI é composto por 53 itens e tem como objetivos avaliar sintomas psicopatológicos dentro de duas categorias (0: ausência do sintoma; 1: presença do sintoma), sendo composto por nove dimensões de sintomatologia e três índices globais, em que estes últimos índices são avaliações de perturbação emocional. É uma escala de resposta de tipo Likert em que: nunca corresponde a 0; Poucas vezes a 1; Algumas vezes a 2; Muitas vezes corresponde a 3 e por fim, Muitíssimas vezes corresponde a 4. As nove dimensões anteriormente referidas, são descritas como: *Somatização*: dimensão que reflete o mal-estar resultante da perceção do funcionamento somático e engloba sete itens (2, 7, 23, 29, 30, 33, 37); *Obsessões-Compulsões*: Inclui sintomas identificados com a síndrome clínica do mesmo nome e engloba seis itens (5, 15, 26, 27, 32, 36); *Sensibilidade Interpessoal* e esta dimensão foca-se nos sentimentos de inadequação pessoal, inferioridade, especialmente na comparação com outras pessoas e engloba quatro itens (20, 21, 22, 42); *Depressão* onde os itens desta dimensão representam sintomas de afeto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e de interesse pela vida e engloba seis itens (9, 16, 17, 18, 35, 50); *Ansiedade*, onde são avaliados sintomas como nervosismo, tensão, ansiedade generalizada e ataques de pânico e engloba seis itens (1, 12, 19, 38, 45, 49); *Hostilidade* onde estão incluídos pensamentos, emoções e comportamentos característicos deste estado afetivo e engloba cinco itens (6, 13, 40, 41, 46); *Ansiedade Fóbica* onde os itens desta dimensão focam-se nas manifestações mais características desta problemática e engloba cinco itens (8, 28, 31, 43, 47); *Ideação Paranóide*, que se debruça sobre o comportamento paranoide como uma forma perturbada do funcionamento cognitivo, abrangendo cinco itens (4, 10, 24, 48, 51); e por fim, *Psicoticismo* que se entende como uma dimensão contínua da experiência humana e abrange cinco itens (3, 14, 34, 44, 53).

Quatro itens do BSI (11, 25, 39 e 52) não estão incluídos em nenhuma dimensão. Como não pertencem a nenhuma dimensão, em termos de critérios estatísticos, não deveriam ser incluídos no inventário, mas como possuem importância clínica, encontram-se incluídos nos três índices globais que são descritos da seguinte forma: *Índice Geral de Sintomas (IGS)*: Este índice exibe uma pontuação combinada que avalia a intensidade do mal-estar vivido com o número de sintomas assinalados; *Índice de Sintomas Positivos (ISP)*: representa a média da intensidade de todos os sintomas que foram escolhidos e por fim, *Total de Sintomas Positivos (TSP)* que abrange o número de queixas sintomáticas (Canavarro, 2007).

Para uma leitura da pontuação obtida das nove dimensões que compõe o BSI, é necessário somar os valores (0-4) obtidos em cada item, pertencentes a cada dimensão. De

seguida, a soma tem que ser dividida pelo número de itens pertencentes à dimensão respetiva. O cálculo dos três índices Globais tem de ser feita, segundo as regras, da seguinte forma: no IGS, deverá ser feita a soma das pontuações de todos os itens e de seguida, dividir-se pelo número total de respostas (53 caso não existam respostas em branco); no TSP poderá ser obtido através da contagem do número de itens assinalados com uma resposta positiva (ou seja, maior que zero) e no ISP, é obtido através da divisão do somatório de todos os itens pelo TSP. O ISP do BSI tem um ponto de corte de 1,7, em que valores iguais ou superiores significam que o indivíduo se encontra perturbado emocionalmente.

A escala original de Derogatis apresenta um alfa de Cronbach de 0,97 (Stewart et al., 2010). Já a versão de Canavarro (2007), nos níveis de consistência interna para as nove escalas, os valores apresentados são de: $\alpha=0,72$ (ideação paranoide), $\alpha=0,76$ (hostilidade), $\alpha=0,77$ (ansiedade), $\alpha=0,73$ (depressão), $\alpha=0,76$ (sensibilidade interpessoal), $\alpha=0,77$ (obsessões-compulsões) e $\alpha=0,80$ (somatização). Existem valores que não se encontram no intervalo considerado aceitável e esses são: $\alpha=0,62$ (psicoticismo) e $\alpha=0,62$ (ansiedade fóbica) (Pestana e Gageiro, 2008).

Neste estudo, o valor do alfa de Cronbach encontrado para a escala total foi de 0,96, indicativo de muito boa consistência interna. No que respeita às dimensões, os *alfas* obtidos, classificados como variando entre bons e muito bons, foram os seguintes: $\alpha=0,88$ (Somatização), $\alpha=0,86$ (Obsessões-compulsões), $\alpha=0,87$ (Sensibilidade Interpessoal), $\alpha=0,91$ (Depressão), $\alpha=0,87$ (Ansiedade), $\alpha=0,85$ (Hostilidade), $\alpha=0,86$ (Ansiedade Fóbica), $\alpha=0,85$ (Ideação Paranoide) e $\alpha=0,80$ (Psicoticismo) (Pestana e Gageiro, 2008).

TAA-25 – Teste de Atitudes Alimentares/Eating Attitudes Test (TAA-25/EAT-25; Garner e Garfinkel, 1979; versão Portuguesa de Pereira et al., 2006)

O Teste de Atitudes Alimentares-40 (TAA-40)/Eating Attitudes Test-40 (EAT-40) desenvolvido por Garner e Garfinkel em 1979 tem como objetivo avaliar atitudes alimentares e sintomas de Perturbações do Comportamento Alimentar. Pereira e colaboradores (2006, 2008) desenvolveram a versão portuguesa reduzida do TAA-40, o TAA-25, selecionando os itens que apresentaram pesos fatoriais $>0,30$. Foram encontrados 3 fatores: Comportamentos Bulímicos (itens: 1, 2, 4, 8, 9, 10, 14, 18, 21, 22, 25) onde estão inseridos episódios de ingestão compulsiva e comportamentos compensatórios e também sentimentos de culpa, desconforto e ansiedade em relação à comida; Dieta (itens: 3, 5, 6, 11, 12, 16, 17, 19, 23), que engloba aspetos como o controlo alimentar, restrição calórica, evitamentos de comidas, entre outros; e Pressão Social para Comer (itens: 7, 13 e 20), englobando assuntos como a perceção

de que as outras pessoas exercem pressão para comer mais. Os itens 15 e 24 ficaram fora da estrutura fatorial porque não cumpriam o critério fatorial superior a 40.

O TAA-25 é um questionário de autorresposta com um formato de resposta com seis opções de escolha, sendo que as respostas “nunca”, “raras vezes” e “algumas vezes” têm a cotação de 0 pontos; a resposta “muitas vezes” tem a cotação de 1 ponto; “muitíssimas vezes” com 2 pontos e “sempre” com 3 pontos. De referir que não possui itens invertidos. A pontuação total é calculada somando as pontuações de cada item e quanto mais alta for a pontuação, resulta numa leitura de atitudes e comportamentos alimentares disfuncionais.

Foi definido como ponto de corte pode ser utilizado para rastreio de Perturbações do Comportamento Alimentar na população portuguesa o valor 19 (Pereira et al., 2011).

A versão original (EAT-40) apresenta valores de Alfa de Cronbach de 0,79; 0,84 na motivação para a magreza; 0,67 nos comportamentos bulímicos e de 0,76 na pressão social para comer (Pereira et al. 2008). A versão portuguesa do TAA-25 apresenta um coeficiente alfa de Cronbach de 0,84; 0,84 na motivação para a magreza; 0,67 nos comportamentos bulímicos e de 0,76 na pressão social para comer. Estes resultados demonstram não só uma boa consistência interna global, como também uma boa estabilidade temporal dos resultados (Fernandes, 2016). No nosso estudo, o alfa de Cronbach do TAA-25 foi de 0,92, valor indicativo de uma consistência interna muito boa; nas subescalas a consistência interna obtida foi boa: 0,88 na dieta; 0,89 nos comportamentos bulímicos e de 0,84 na pressão social para comer (Pestana e Gageiro, 2008).

Amostra

De acordo com a Tabela 1, a amostra total do estudo contou com 110 participantes ($n = 110$), sendo que a maioria é de sexo feminino (55,5%) e com idades entre os 18 anos e os 65 anos ($M = 29,01$; $DP = 11,23$). Para a criação de dois grupos de comparação, sendo eles: presença de alexitimia e ausência de alexitimia, recorreu-se ao ponto de corte do TAS-20 em que resultados iguais ou acima de 61, equivale a ter alexitimia.

A subamostra “*presença de alexitimia*” é composta por 39 indivíduos, sendo que 64% é do sexo feminino, com a média de idades de 25,8 anos ($DP = 10,36$). Verifica-se uma maior presença de estudantes (56,4%), seguida por especialistas das atividades intelectuais e científicas (10,4%), assim como por trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices (10,4%). No que respeita às habilitações literárias, a maioria dos indivíduos tem o 10º - 12º ano (56,4%).

A subamostra “ausência de alexitimia” é composta por 71 indivíduos, sendo que 50,7% é do sexo feminino, com uma média de idades de 30,8 anos ($DP = 11,37$). Assim como na subamostra presença de alexitimia, verifica-se uma maior presença de estudantes (32,4%), seguida por especialistas das atividades intelectuais e científicas (19,7%). A maior parte destes indivíduos possui o 10º-12º ano (43,7%).

Na Tabela 1 podemos ainda observar a análise das variáveis sociodemográficas sexo, idade, habilitações literárias e peso em função da presença ou não de alexitimia. Para o cálculo do Qui-quadrado foi necessário reagrupar a variável habilitações literárias, visto que não seria possível realizar as análises estatísticas devido a uma não existência de um mínimo de 5 indivíduos por cada célula. Como resultados, não se verifica nenhuma associação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, habilitações literárias, peso). Não obstante, verifica-se uma maioria de pessoas com presença de alexitimia com idades compreendidas entre os 18 e os 21 anos, o que revela uma propensão para a alexitimia, contrariamente aos indivíduos com idades compreendidas entre os 37-65 anos. Pode observar-se, igualmente, que há uma presença de alexitimia superior em indivíduos com o 10º-12º ano, o que revela que quanto menor a escolaridade, maior a propensão para ter alexitimia.

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica da amostra total e das subamostras (presença e ausência de alexitimia) e análise do sexo, idade, habilitações literárias e peso nas duas amostras

	Amostra total (n=110)		Presença de Alexitimia (n=39)		Ausência de Alexitimia (n=71)	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Masculino	49	44,5	14	35,9	35	49,3
Feminino	61	55,5	25	64,1	36	50,7
Profissão						
Estudante	45	40,9	22	56,4	23	32,4
Reformado	1	0,9	1	2,6	0	0
Desempregado	3	2,7	2	5,1	1	1,4
Pessoal Administrativo	8	7,3	1	2,6	7	9,9
Rep. poder leg. e de órgãos	8	7,3	2	5,1	6	8,5
Tec. e prof. de nível intermédio	11	10	0	0	11	15,5
Esp. at. Int. e científicas	18	16,4	4	10,3	14	19,7
Trab. Serv. P., prot. seg e vend.	8	7,3	3	7,7	5	7,0
Trab. Q. Ind., Cons e artífices	8	7,3	4	10,3	4	5,6
Habilitações . Literárias						
10 ^o - 12 ^o ano	53	48,2	22	56,4	31	43,7
Ensino Superior	57	51,8	17	43,6	40	56,3
	Amostra total		Presença de Alexitimia		Ausência de Alexitimia	
	M	DP				
Idade	29,01	11,23	25,77	10,34	30,79	11,37
Peso	68,02	16,11	66,95	18,43	68,61	14,80
Altura	166,50	8,78	165,51	10,03	167,04	8,03

Notas: n = frequência de resposta; % = percentagem; Rep. poder leg. e de órgãos = Representantes de poder e legislação e de órgão. Tec. e prof. de nível intermédio = Técnicos e profissionais de nível intermédio. Esp. at. Int. e científicas = Especialistas das atividades intelectuais e científicas. Trab. Serv. P., prot. seg e vend. = Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores. Trab. Q. Ind., Cons e artífices = Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices.

Análise Estatística

Para análise dos dados do presente estudo, utilizou-se o programa de análise estatística *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 23.0 para *Windows*.

Realizou-se uma análise aos valores de alfa de Cronbach, que foram interpretados com base nos critérios de Pestana e Gageiro (2008), onde valores inferiores a 0,6 correspondem a uma consistência interna inadmissível, fraca entre 0,6 e 0,7, razoável entre 0,7 e 0,8, boa entre 0,8 e 0,9, e muito boa para valores superiores a 0,9.

De seguida, analisou-se a normalidade da distribuição da amostra, calculada através do teste da normalidade de *Kolmogorov-Smirnov*, concluindo-se que para a maioria das variáveis a amostra não apresenta uma distribuição normal ($p > 0,05$). Porém, como a amostra apresenta $n > 30$ utilizaram-se testes paramétricos, na medida em que, segundo Pestana e Gageiro (2008), uma amostra tende para a normalidade quando o n é superior a 30. No que diz respeito aos valores da assimetria, os valores entre -2 e +2 consideram-se aceitáveis para que demonstrar uma distribuição normal univariada, e no presente estudo, os valores variam entre -0,671 e 2,326 e os valores da curtose variam entre -0,638 e 2,181, o que é revelador de uma distribuição normal.

As correlações de Pearson permitem testar as associações entre as variáveis deste estudo. Tendo em atenção os critérios de Pestana e Gageiro (2008), utilizou-se as seguintes avaliações de magnitudes: baixas entre 0,20 e 0,39; moderadas entre 0,40 e 0,69; altas entre 0,70 e 0,89; muito altas acima de 0,90.

Para dar seguimento às associações encontradas, recorremos ao teste *t* de Student para amostras independentes, para analisar diferenças entre as escalas em função da presença ou ausência de alexitimia. Recorremos ao *d* de *Cohen* de modo a obter uma maior confiança nos resultados obtidos e para interpretar a magnitude das diferenças, que podem ser classificados da seguinte maneira: insignificante (<0,19); pequeno (0,20 e 0,49); médio (0,50 e 0,79); grande (0,80 e 1,29); muito grande (>1,30), segundo a revisão de Espírito-Santo e Daniel (2015, p. 9). Recorremos também ao teste do Qui-Quadrado da independência para verificar diferenças entre variáveis sociodemográficas como o sexo, idade, habilitações literárias e peso.

Resultados

De seguida, serão apresentados os resultados do presente estudo. Na Tabela 3, estão presentes as correlações de Pearson entre a alexitimia (TAS 20), os esquemas emocionais (LESS), a psicopatologia (BSI – IGS) e os comportamentos alimentares (TAA25). No que diz respeito às associações entre o TAS-20 e as restantes escalas, verificamos uma correlação estatisticamente significativa de magnitude moderada e negativa com a LESS ($r=-0,699$), de magnitude alta com o Índice Geral de Sintomas do BSI ($r=0,769$) e de magnitude baixa com a TAA-25 ($r=0,323$).

Tabela 3
Correlações entre a TAS-20, LESS, BSI e TAA-25

	TAS-20	LESS	BSI-IGS	TAA-25
TAS-20	-	-0,699**	0,769**	0,323**
LESS		-	-0,781**	-0,359**
BSI-IGS			-	0,405**
TAA25				-

Notas: * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. TAS-20 = Escala de Alexitimia de Toronto 20. LESS = Escala de Esquemas Emocionais. BSI-IGS = Índice Geral de Sintomas do Inventário de Sintomas Psicopatológicos. TAA-25 = Teste de Atitudes Alimentares.

Na Tabela 4 encontramos as correlações entre as subescalas do BSI e da TAA-25. De modo geral, podemos verificar que todas as dimensões de atitudes alimentares (TAA-25) correlacionam-se de forma significativa e positiva com todas as dimensões de sintomas psicopatológicos (BSI). Assim, verificamos uma correlação positiva de magnitude moderada entre os comportamentos bulímicos e todas as outras dimensões do BSI. Destaca-se

igualmente uma correlação positiva, de magnitude baixa, entre as dimensões dieta e pressão social para comer com todas as dimensões do BSI.

Tabela 4
Correlações entre as dimensões do BSI e da TAA25

	BSI									
	IGS	SOMA	OC	SI	DEP	ANS	HOST	AF	IP	PSICO
TAA-25	0,405**	0,369**	0,350**	0,378**	0,395**	0,376**	0,340**	0,256**	0,322**	0,379**
TAA-25_CB	0,510**	0,454**	0,405**	0,496**	0,490**	0,476**	0,425**	0,328**	0,421**	0,475**
TAA-25_Diet	0,218*	0,209*	0,219*	0,190*	0,211*	0,201*	0,205*	0,085	0,184	0,192*
TAA-25_PSC	0,236*	0,196*	0,201*	0,203*	0,250**	0,221*	0,137	0,246**	0,151	0,243*

Notas: *p < 0,05. **p < 0,01. BSI = Inventário de Sintomas Psicopatológicos. IGS = Índice Geral de Sintomas. BSI SOMA = Somatização. BSI OC = Obsessões e Compulsões. BSI SI = Sensibilidade Interpessoal. BSI DEP = Depressão. BSI ANS = Ansiedade. BSI HOST = Hostilidade. BSI AF = Ansiedade Fóbica. BSI IP = Ideação Paranoide. BSI PSICO = Psicoticismo. TAA-25 = Teste de Atitudes Alimentares. TAA25 CB = Comportamentos Bulímicos. TAA-25 Diet = Dieta; TAA25 PSC = Pressão social para comer.

Na Tabela 5, apresentam-se os resultados das correlações entre as dimensões da TAA-25 e da LESS. Verifica-se desde logo correlações significativas negativas da subescala crenças negativas (LESS) com a TAA-25, de magnitude moderada, e com as suas subescalas de comportamentos bulímicos (magnitude moderada) e dieta e pressão social para comer (magnitude baixa). Já a subescala de validação emocional não revela nenhuma correlação estatisticamente significativa com a TAA-25.

Tabela 5
Correlações entre as dimensões da LESS e da TAA25

	LESS	
	Crenças Negativas	Crenças de Validação Emocional
TAA25	-0,359**	-0,031
TAA-25_CB	-0,429**	-0,027
TAA-25_Dieta	-0,229*	0,022
TAA-25_PSC	-0,167	-0,100

Notas: *p < 0,05. **p < 0,01. TAA-25 = Teste de Atitudes Alimentares. TAA25 CB = Comportamentos Bulímicos. TAA25 Dieta; TAA25 PSC = Pressão social para comer. LESS = Escala de Esquemas Emocionais.

Na Tabela 6, apresentam-se os resultados das correlações entre as dimensões da TAS-20 e da LESS, verificando-se correlações negativa significativas da subescala de crenças negativas (LESS) com a TAS-20, de magnitude moderada, e com as suas subescalas dificuldade de identificar e descrever sentimentos. Em relação à correlação entre crenças negativas e a subescala estilo de pensamento orientado para o exterior, verificamos uma correlação significativa de magnitude pequena. Por fim, a subescala crenças de validação emocional revela uma correlação positiva significativa de magnitude pequena com a subescala estilo de pensamento orientado para o exterior.

Tabela 6
Correlações entre as dimensões da LESS e da TAS-20

	LESS	
	Crenças Negativas	Crenças de Validação Emocional
TAS-20	-0,659**	-0,173
TAS-20_Dif_Identificar_Sentimentos	-0,723**	-0,083
TAS-20_Dif_Descrever_Sentimentos	-0,579**	0,118
TAS-20_Est_Pensamento_Exterior	-0,402**	0,323**

Notas: *p < 0,05. **p < 0,01. TAS-20 = Escala de Alexitimia de Toronto. TAS Dif. Identificar Sentimentos = dificuldade em identificar sentimentos. TAS Dif. Descrever Sentimentos = Dificuldade em descrever sentimentos. Est. Pensamento Exterior = Estilo de pensamento orientado para o exterior. LESS = Escala de Esquemas Emocionais.

Na Tabela 7, apresentam-se os resultados das correlações entre as dimensões da TAA-25 e da TAS-20, verificando-se uma correlação positiva significativa de magnitude moderada entre a subescala de comportamentos bulímicos com a dificuldade em identificar sentimentos, e de igual magnitude com a subescala dificuldade em descrever sentimentos. A subescala dieta e pressão social para comer evidencia uma correlação de magnitude baixa com as subescalas identificar sentimentos e dificuldade de descrever sentimentos. Por fim, a subescala pensamento orientado para o exterior revela uma correlação de magnitude baixa com todas as subescalas da TAA-25.

Tabela 7
Correlações entre as dimensões da TAS 20 e da TAA25

	TAS 20		
	Dif_Identificar Sentimentos	Dif_Desc_Sentimentos	Est_Pens_Ext
TAA25	0,349**	0,304**	0,135
TAA-25_CB	0,456**	0,335**	0,196*
TAA-25_Dieta	0,179	0,175	0,109
TAA-25_PSC	0,176	0,241*	-0,035

Notas: *p < 0,05. **p < 0,01. TAS-20 = Escala de Alexitimia de Toronto. TAS Dif. Identificar Sentimentos = dificuldade em identificar sentimentos. TAS Dif. Desc. Sentimentos = Dificuldade em descrever sentimentos. Est. Pens. Ext = Estilo de pensamento orientado para o exterior. TAA-25 = Teste de Atitudes Alimentares. TAA25 CB = Comportamentos Bulímicos. TAA25 Dieta. TAA25 PSC = Pressão social para comer.

No que toca a características dos comportamentos alimentares da amostra, apresentadas na Tabela 8, verifica-se que apenas 8% dos 110 participantes terá no passado sido diagnosticado com uma doença do comportamento alimentar. No que diz respeito ao consumo de laxantes para a perda de peso, verificamos que 17,2% da amostra demonstra, efetivamente, um consumo dos mesmos, contrariamente a 82% dos 110 participantes. De referir que, na amostra, encontramos indivíduos com dificuldade em aceitar o seu corpo, onde 50% gostaria de perder peso e 3,6% gostaria de aumentar o seu peso. Ainda sobre a temática corporal, encontramos uma percentagem de 67,3% de indivíduos que não gostam de partes do seu corpo, contrariamente a 36% que não encontram problemas no seu corpo. A nível de exercício físico, encontramos pessoas que exageraram na atividade física (20,9%) com o objetivo de perder peso.

Ainda dentro da mesma temática, necessitamos fazer uma diferenciação entre os dois grupos de amostra: presença de alexitimia ($n=39$) e ausência de alexitimia ($n=71$). Verificamos que no grupo com presença de alexitimia, 44,4% terá no passado sido diagnosticado com uma doença do comportamento alimentar, contrariamente a 55,6% dos indivíduos com ausência de alexitimia. Na questão “Já alguma vez usou laxantes, diuréticos, medicamentos para emagrecer ou outras drogas com o intuito de perder peso?”, encontramos que 42,1% dos indivíduos com presença de alexitimia terá respondido que sim, contrariamente ao grupo com ausência de alexitimia, onde apenas 57,9% respondeu de forma igual. Encontramos no grupo com presença de alexitimia, 23,5% satisfeito com o seu corpo, 41,8% gostaria de perder peso e 100% gostaria de aumentar peso. Por seu lado, no grupo de ausência de alexitimia, encontramos 76,5% dos indivíduos satisfeitos com o seu corpo e 58,2% gostariam de perder peso. Continuando dentro da mesma temática, 52,2% (presença de alexitimia) revelou ter praticado exercícios físico de forma exagerada para perder peso, contrariamente a 47,8% do grupo com ausência de alexitimia. Para finalizar, encontramos 41,9% de indivíduos com alexitimia com dificuldades em aceitar algumas partes do seu corpo e no grupo com ausência de alexitimia, encontramos 58,1%.

Tabela 8
Caracterização dos comportamentos alimentares da amostra

	Amostra total ($n=110$)		Presença de alexitimia ($n=39$)		Ausência de alexitimia ($n=71$)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Alguma vez lhe foi diagnosticado um distúrbio alimentar?						
Sim	9	8,2	4	44,4	5	55,6
Não	101	91,8	35	34,7	66	65,3
Qual o distúrbio alimentar que lhe foi diagnosticado?						
Bulimia	3	2,7	1	33,3	2	66,7
Anorexia	2	1,8	1	50	1	50
Obesidade	2	1,8	1	50	1	50
Anorexia e Bulimia	1	0,9	1	100	-	0
Já alguma vez usou laxantes, diuréticos, medicamentos para emagrecer ou outras drogas com o intuito de perder peso?						
Sim	19	17,3	8	42,1	11	57,9
Não	91	82,7	31	34,1	60	65,9
Está satisfeito com a sua imagem corporal?						
Sim	51	46,4	12	23,5	39	76,5
Não, gostaria de perder peso	55	50	23	41,8	32	58,2
Não, gostaria de aumentar peso	4	3,6	4	100	0	0
Já praticou algum tipo de exercício físico de forma exagerada com o objetivo de perder peso?						
Sim	23	20,9	12	52,2	11	47,8
Não	87	79,1	27	31	60	69
Apesar de não querer aumentar/perder peso, não gosto de algumas partes do meu corpo						
Sim	74	67,3	31	41,9	43	58,1
Não	36	32,7	8	22,2	28	77,8

Notas: *n* = frequência de resposta; % = percentagem

Em seguida, realizou-se uma análise da variância, recorrendo ao teste *t* de Student para amostras independentes, para a análise de diferenças nas variáveis em estudo entre as duas subamostras: presença de alexitimia e ausência de alexitimia. Na Tabela 9 apresentam-se os resultados da análise da variância dos esquemas emocionais, sintomas psicossomáticos e comportamentos alimentares na presença e ausência de alexitimia. Constata-se que os indivíduos com ausência de alexitimia revelam uma média superior nos esquemas emocionais quando comparados com os indivíduos com presença de alexitimia como se pode ver nos seguintes dados: crenças negativas ($M = 63,69$; $DP = 12,99$ vs. $M = 43,69$; $DP = 17,39$; $d = 1,36$: efeito muito grande) e crenças de validação emocional ($M = 14,66$; $DP = 5,59$ vs. $M = 12,82$; $DP = 4,97$; $d = 0,34$: efeito pequeno). Esta é a única diferença que se encontra pois, em comparação com as outras subescalas onde os indivíduos com presença de alexitimia apresentam médias superiores em outras subescalas, os indivíduos com ausência de alexitimia são quem demonstram esquemas emocionais irregulares.

No que diz respeito ao BSI, as médias são superiores em todas as subescalas nos indivíduos com presença de alexitimia, quando comparadas com o grupo em que há ausência de alexitimia: somatização ($M = 7,46$; $DP = 6,16$ vs. $M = 2,63$; $DP = 3,53$; $d = 0,96$: grande); obsessões-compulsões ($M = 11,05$; $DP = 5,50$ vs. $M = 4,83$; $DP = 4,10$; $d = 1,34$: efeito muito grande); sensibilidade interpessoal ($M = 7,46$; $DP = 4,33$ vs. $M = 2,78$; $DP = 2,96$; $d = 1,34$: efeito muito grande); depressão ($M = 12,20$; $DP = 6,23$ vs. $M = 4,27$; $DP = 4,79$; $d = 1,48$: efeito muito grande); ansiedade ($M = 1,60$; $DP = 0,93$ vs. $M = 0,61$; $DP = 0,67$; $d = 1,28$: efeito grande); hostilidade ($M = 8,18$; $DP = 4,61$ vs. $M = 3,49$; $DP = 3,55$; $d = 1,19$: efeito grande); ansiedade fóbica ($M = 4,95$; $DP = 4,54$ vs. $M = 1,65$; $DP = 3,43$; $d = 0,86$: efeito grande); ideação paranóide ($M = 8,82$; $DP = 4,78$ vs. $M = 3,83$; $DP = 3,90$; $d = 1,18$: efeito grande); psicoticismo ($M = 7,51$; $DP = 4,38$ vs. $M = 2,06$; $DP = 2,63$; $d = 1,63$: efeito muito grande). Como conclusão, retiramos que as pessoas com presença de alexitimia revelam mais sintomas psicopatológicos, comparativamente com as pessoas com ausência de alexitimia.

Nas atitudes alimentares (TAA-25), os resultados demonstram uma média superior nas pessoas com presença de alexitimia, comparativamente ao grupo sem alexitimia: comportamentos bulímicos ($M = 3,77$; $DP = 4,75$ vs. $M = 0,86$; $DP = 1,68$; $d = 0,93$: efeito grande); dieta ($M = 3,74$; $DP = 5,05$ vs. $M = 2,32$; $DP = 3,02$; $d = 0,37$: efeito pequeno) e pressão social para comer ($M = 1,31$; $DP = 2,44$ vs. $M = 0,34$; $DP = 1,19$; $d = 0,56$: efeito médio) o que demonstra que as pessoas com presença de alexitimia, revelam uma maior presença de comportamentos alimentares irregulares.

Tabela 9

Análise da variância dos esquemas emocionais, sintomas psicossomáticos e comportamentos alimentares na presença e ausência de alexitimia

	Presença de alexitimia (n=39)		Ausência de alexitimia (n=71)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
LESS	56,51	16,31	78,35	13,37	-7,571	0,000	1,51
Crenças Negativas	43,69	17,39	63,69	12,99	-6,829	0,000	1,36
Validação Emocional	12,82	4,97	14,66	5,59	-1,748	0,083	0,34
BSI IGS	1,57	0,74	0,59	0,54	7,208	0,000	1,58
Somatização	7,46	6,16	2,63	3,53	4,502	0,000	0,96
Obsessões-Comp.	11,05	5,50	4,83	4,10	6,716	0,000	1,34
Sensibilidade Int	7,46	4,33	2,78	2,96	6,027	0,000	1,34
Depressão	12,20	6,23	4,27	4,79	6,912	0,000	1,48
Ansiedade	1,60	0,93	0,61	0,67	5,950	0,000	1,28
Hostilidade	8,18	4,61	3,49	3,55	5,945	0,000	1,19
Ansiedade Fóbica	4,95	4,54	1,65	3,43	3,961	0,000	0,86
Ideação Paranoide	8,82	4,78	3,83	3,90	5,922	0,000	1,18
Psicoticismo	7,51	4,38	2,06	2,63	7,113	0,000	1,63
TAA-25	9,03	10,45	3,52	0,53	3,133	0,003	0,89
Comp. Bulímicos	3,77	4,75	0,86	1,68	3,698	0,001	0,93
Dieta	3,74	5,05	2,32	3,02	1,605	0,115	0,37
Pressão S. Comer	1,31	2,44	0,34	1,19	2,333	0,024	0,56

Notas: LESS Crenças Negativas. LESS Crenças de validação emocional. BSI IGS = Índice Geral de Sintomas do BSI. BSI Somatização = Somatização BSI Obsessões e Comp. = Obsessões e Compulsões. BSI Sensibilidade Int. = Sensibilidade Interpessoal I. BSI Depressão = Depressão. BSI ANS = Ansiedade. BSI HOST = Hostilidade. BSI AF = Ansiedade Fóbica. BSI Ideação Paranoide = Ideação Paranoide. BSI Psicoticismo = Psicoticismo. TAA25 CB = Comportamentos Bulímicos. TAA-25 Diet = Dieta; TAA25 PSC = Pressão social para comer. TAA25 Comp. Bulímicos = Comportamentos Bulímicos. TAA25 Dieta. TAA25 Pressão S. Comer. = Pressão social para comer.

Discussão e conclusão

O presente estudo teve como objetivo verificar se os indivíduos com alexitimia tinham mais propensão em vir a desenvolver comportamentos alimentares anormais. Começamos então com descrição da associação entre a presença/ausência de alexitimia e as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, habilitações literárias, peso). Ainda que não tenhamos encontrado uma associação estatisticamente significativa destas variáveis face à presença/ausência de alexitimia, destacamos algumas das tendências ao nível dos resultados encontrados. Na variável sexo, os valores médios de alexitimia são superiores em indivíduos do sexo feminino. No mesmo sentido, o estudo realizado por Chincalece (2009) com estudantes de Psicologia numa amostra de 178 indivíduos, aponta para uma prevalência do sexo feminino com alexitimia com uma média de 13,1%, quando comparado com grupo de sexo masculino que obteve uma média de 12,1%. Estes resultados vão ao encontro do nosso estudo, uma vez que encontramos uma média 41% de sujeitos do sexo feminino a fazerem parte do grupo com alexitimia, comparativamente a 28,6% de sujeitos do sexo masculino. Por seu lado, um estudo feito por Santos (2009) revelou percentagens superiores de tanto mulheres como homens sem alexitimia quando comparadas com os que têm alexitimia, resultados esses também visíveis no nosso estudo. No que respeita à variável idade, encontrámos uma presença de alexitimia superior em indivíduos com idades compreendidas entre os 18-21 anos, resultado que é convergente ao estudo de Santos (2005) em que, quanto mais novos os sujeitos, mais propensão existia para uma presença de alexitimia. Porém a literatura não é convergente e, em

oposição, também há estudos onde a alexitimia está mais presente em indivíduos mais velhos (Franz, Popp, Schaefer, Sitte, Schneider, Hardt, Decker e Braehler, 2008). No que toca à variável habilitações literárias, a literatura refere que quanto mais baixo o nível de escolaridade, mais propensão há de vir a ter alexitimia (Franz, Popp, Schaefer, Sitte, Schneider, Hardt, Decker e Braehler, 2008; Parker, Taylor e Bagby, 2003; Santos, 2009), o que vai ao encontro do nosso estudo, onde verificamos uma maior presença de alexitimia no grupo de sujeitos com a escolaridade secundária, comparativamente com o grupo com formação ao nível do ensino superior.

No nosso estudo encontramos associações estatisticamente significativas de sinal positivo entre a presença de sintomatologia psicopatológica (BSI) e os comportamentos alimentares (TAA-25). Também se destacam diferenças na magnitude das correlações nos resultados entre as subescalas dos comportamentos alimentares. Embora sejam valores de correlação moderada, os valores obtidos nos comportamentos bulímicos em relação com as subescalas do BSI são superiores quando comparados com as outras subescalas da TAA-25. Verificamos valores nas correlações entre 0,328 e 0,510, onde se destaca valores mais elevados de 0,496 com a sensibilidade interpessoal e 0,490 com a depressão. Refira-se que, de algum modo, a sensibilidade interpessoal está relacionada com a depressão, pois uma é influenciada pela outra, visto que a sensibilidade interpessoal engloba sentimentos de inferioridade que poderá levar a sentimentos de depressão, o que poderá ser iniciado com comportamentos bulímicos. Destacamos igualmente as associações entre a subescala de dieta (TAA-25) e a presença de sintomatologia psicopatológica, nomeadamente obsessões e compulsões e depressão, o que nos pode sugerir que, o que leva uma pessoa a fazer dieta poderá estar relacionado com comportamentos obsessivos de querer obter um determinado corpo ou obsessão em querer perder peso. Refira-se que também a subescala da pressão social para comer se associa positivamente com a depressão e a ansiedade fóbica. Porém, no que toca a estudos que relacionem comportamentos alimentares e sintomas psicopatológicos, não encontrámos literatura sobre estas temáticas, o que tornou complicado a comparação entre estudos.

No presente estudo verificamos uma relação negativa entre crenças negativas relativamente às emoções (LESS) e os comportamentos alimentares (TAA-25), nomeadamente as suas dimensões comportamentos bulímicos, dieta e pressão social para comer. Também no estudo de Damasceno, Schubert, de Oliveira, Sonoo, Vieira e Vieira (2011), realizado numa população feminina, os resultados demonstraram a existência de risco de vir a desenvolver comportamentos alimentares devido a pensamentos negativos relacionados com o seu corpo.

No nosso estudo avaliamos crenças negativas, e se no estudo anteriormente referido pudermos englobar nas crenças negativas a insatisfação corporal, podemos dizer que esses resultados vão ao encontro dos resultados do nosso estudo. Similarmente, Bosi, Luiz, Uchimura e Oliveira (2008) encontraram o mesmo tipo de resultados em estudantes de educação física numa universidade no Brasil, demonstrando uma maior propensão a comportamentos alimentar anormais devido a crenças negativas em relação à imagem corporal.

Destacam-se diferenças entre os grupos com e sem alexitimia nos comportamentos alimentares apresentados, designadamente ao nível dos comportamentos bulímicos e da pressão social para comer. Assim, os sujeitos com alexitimia têm mais comportamentos bulímicos e sentem maior pressão para comer comparativamente com os sujeitos sem alexitimia. Num sentido semelhante, Santos (2005) verificou igualmente uma relação entre comportamentos bulímicos e alexitimia em ambos os sexos, sendo colocada a hipótese de os indivíduos com alexitimia poderem ter maior propensão a desenvolver comportamentos bulímicos. Neste mesmo sentido, Torres, Guerra, Lencastre, Vieira, Roma-Torres e Brandão (2011) verificaram a presença de alexitimia num grupo de pacientes com anorexia, o que vem ainda reforçar mais a ideia anteriormente referida. Para reforçar ainda mais esta ideia de que a alexitimia está presente nos comportamentos alimentares, um estudo realizado por Abelha (2009) demonstrou uma presença de alexitimia em pessoas portadoras de bulimia nervosa. Ainda dentro da mesma temática, Reis (2016) realizou um estudo numa população com obesidade e *binge eating* e veio-se a verificar uma presença significativa de alexitimia dentro da mesma.

No que concerne à associação entre comportamentos alimentares e alexitimia, destacamos a associação positiva entre o comportamento bulímico (TAA-25) e a dificuldade em identificar e descrever sentimentos (TAS-20), assim como a associação positiva entre a pressão social para comer e a dificuldade em descrever sentimentos.

No que concerne aos esquemas emocionais (LESS), verificámos uma presença superior de crenças negativas no grupo sem alexitimia. Refira-se ainda a associação negativa de magnitude moderada entre a dimensão crenças negativas dos esquemas emocionais e a alexitimia e todas as suas dimensões. Uma das características de pessoas com alexitimia é a dificuldade em identificar e reconhecer sentimentos, pelo que, consequentemente é possível colocar como hipótese que estas pessoas poderão ter maior dificuldade também em identificar crenças negativas associadas às emoções, exatamente em consequência da sua dificuldade em identificar e reconhecer emoções, nomeadamente emoções negativas. Similarmente ao nosso estudo, Leahy (2005) refere que as pessoas com alexitimia tendem a evitar crenças negativas

de modo a evitar emoções/mal-estar. A este propósito, refira-se igualmente o estudo de Silva (2015), que evidenciou que pessoas com altos níveis de alexitimia revelaram maior dificuldade em identificar sentimentos de raiva e devido a tal, demonstram uma maior vulnerabilidade a tal emoção e consequentemente, maior vulnerabilidade a stresse. Também um estudo realizado por Prkachin (2009) vem reforçar essa mesma ideia, onde encontrou relação entre a alexitimia e dificuldade em identificar emoções de raiva, tristeza e medo. Em oposição, um estudo realizado por Neves, Carvalho, Zanetti, Brandão e Ferreira (2017), revelou uma ausência de associação entre estados de humor (raiva, tristeza) e dificuldade em descrever e identificar sentimentos. Por sua vez, um estudo realizado por Martinho (2013), revelou que a alexitimia se correlacionava de forma negativa com as subescalas de emoções positivas o que poderá ir ao encontro ao nosso estudo visto que, ainda que não existam diferença estatisticamente significativas entre os grupos, encontramos valores baixos de crenças de validação emocional no grupo de sujeitos com alexitimia, comparativamente com o grupo sem alexitimia.

Identificámos diferenças estatisticamente significativas na presença de sintomas psicopatológicos (dimensões do BSI) entre os grupos com e sem alexitimia, sendo o grupo com alexitimia que apresenta mais sintomas psicopatológicos. Ainda que com uma amostra de pacientes com insuficiência renal, o estudo de Pregnotatto (2005) demonstrou a presença de uma relação significativa entre a alexitimia e algumas dimensões do BSI, designadamente psicoticismo, obsessões-compulsões e somatização, o que vai ao encontro dos resultados do nosso estudo. No mesmo sentido, Areosa (2016) identificou a presença de uma relação elevada entre a sintomatologia obsessivo-compulsiva e a alexitimia. Similarmente, os resultados de um estudo realizado por Pozza, Giaquinta e Dèttore (2015) entre todas as subescalas da TAS-20 com o OCI-R (Obsessive-Compulsive Inventory-Revised) veio demonstrar correlações significativas entre estas e demonstrar uma propensão a desenvolver sintomas obsessivos-compulsivos em indivíduos com alexitimia. Dentro ainda desta temática, uma investigação conduzida por Pinna, Lai, Pirarba, Orrù, Velluzzi, Loviselli e Carpiniello (2011) demonstrou resultados com valores elevados nas dimensões das obsessões-compulsões e depressão, o que vai ao encontro dos resultados do presente estudo.

No que respeita às diferenças encontradas entre os grupos com e sem alexitimia, é possível concluir que os grupos se diferenciam ao nível da sintomatologia psicopatológica, isto é, em todas as dimensões do BSI, nos esquemas emocionais (designadamente nas crenças emocionais negativas) e nos comportamentos alimentares (comportamentos bulímicos e pressão social para comer).

Para concluir, no nosso estudo encontramos associações positivas estatisticamente

significativas entre a presença de sintomatologia psicopatológica (BSI) e os comportamentos alimentares (TAA-25). No que toca a emoções, verificamos uma relação negativa entre crenças negativas relativamente às emoções (LESS) e os comportamentos alimentares (TAA-25), nomeadamente as suas dimensões comportamentos bulímicos, dieta e pressão social para comer. No que concerne à associação entre comportamentos alimentares e alexitimia, destacamos associações positivas entre o comportamento bulímico (TAA-25) e a dificuldade em identificar e descrever sentimentos (TAS-20), assim como entre a pressão social para comer e a dificuldade em descrever sentimentos.

Quando diferenciamos duas amostras (com e sem alexitimia), encontramos diferenças estatisticamente significativas na presença de sintomas psicopatológicos (dimensões do BSI) entre os grupos com e sem alexitimia, sendo o grupo com alexitimia que apresenta mais sintomas psicopatológicos. Por fim, no que concerne aos esquemas emocionais (LESS), verificámos uma presença superior de crenças negativas no grupo sem alexitimia.

Para terminar, pode concluir-se que os resultados deste estudo deram resposta ao nosso objetivo principal, que era perceber a associação entre alexitimia e comportamentos alimentares, pois os sujeitos com alexitimia evidenciam a presença de mais comportamentos bulímicos e sentem maior pressão para comer comparativamente com os sujeitos sem alexitimia.

Acrescenta-se que o presente estudo contribui para enriquecer com mais conhecimentos as áreas de prevenção e intervenção clínica e comunitária no contexto da alexitimia e dos comportamentos alimentares. Este estudo veio ainda contribuir com uma visão geral de como a alexitimia, os esquemas emocionais, os sintomas psicopatológicos e os comportamentos alimentares se relacionam entre si. Como foi referido anteriormente, esta investigação veio reforçar a ideia de que a alexitimia tem impacto nos comportamentos alimentares, sendo importante que estes dados sejam considerados quando se pensa ao nível da prevenção da saúde mental.

Embora este estudo tenha ido ao encontro de todos os objetivos delineados, encontramos algumas **limitações**. Refira-se que o protocolo do estudo era longo, pelo que, conjugado com o facto da amostra deste estudo ter sido recolhida online via redes sociais, pode ter condicionado a vontade dos indivíduos de responder a todos os itens do questionário de forma a tornar as suas respostas aceites para o estudo, isto é, os participantes podem ter sentido uma não-obrigação a responder a todas as questões, devido a aborrecimento por ser um questionário tão grande e assim condicionando a viabilidade das respostas serem aceites. Outra limitação no nosso estudo, foi a carência de estudos que englobem a relação entre os construtos

em estudo, o que dificultou assim a discussão dos nossos resultados e sua comparação com outros estudos. Por fim, refiram-se ainda outras limitações metodológicas desta investigação, nomeadamente o tamanho da amostra ser pequeno e o seu desenho transversal, que não permite retirar conclusões em termos de causalidade. Paralelamente, a utilização de medidas de autorresposta também poderá ser um constrangimento a identificar neste estudo.

Apesar destas limitações, salientamos que o nosso estudo é único a nível nacional, ao englobar o estudo da relação entre esquemas emocionais, alexitimia, comportamentos alimentares e sintomas psicopatológicos.

Como **propostas para estudos futuros**, uma vez que existe uma escassez de investigação nesta área em Portugal, pensamos que seria interessante replicar este estudo abrangendo uma amostra de participantes superior, para melhor perceber melhor como estas variáveis todas (alexitimia, comportamento alimentar, esquemas emocionais e sintomatologia psicopatológica) se relacionam entre si e, de um modo geral, relacionar a alexitimia com os comportamentos alimentares.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, 5ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Areosa, T. (2016). *A Sintomatologia Obsessivo-compulsiva: a sua relação com a alexitimia, as experiências traumáticas e a psicopatologia*. Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra
- Brás, A. (2008). *A influência da alexitimia e do estilo de vinculação no desencadeamento e na manutenção da perturbação de pânico*.
- Bagby, R., Parker, J. e Taylor, G. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*, 38(1), 23-32.
- Bosi, M., Luiz, R., Uchimura, K., e Oliveira, F. (2008). Comportamento alimentar e imagem corporal entre estudantes de educação física. *J bras psiquiatr*, 57(1), 28-33.
- Canavarro, M. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, e L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. III, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora
- Chincalece, L.(2009). *Alexitimia e psicopatologia: Estudo exploratório em alunos de Psicologia*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa
- Cochrane, C., Brewerton, T., Wilson, D. e Hodges, E. (1993). Alexithymia in the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14(2), 219-222.
- Damásio, A. (2010). *O livro da consciência*. Lisboa: Bloco Gráfico Ltda.
- Damásio, A. (2009). *O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano*. Editora Companhia das Letras.
- Damasceno, M., Schubert, A., de Oliveira, A., Sonoo, C., Vieira, J. e Vieira, L. F. (2011). Associação entre comportamento alimentar, imagem corporal e esquemas de gênero do autoconceito de universitárias praticantes de atividades físicas. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 16(2), 138-143.
- Dixe, M. (2012). Prevalência das doenças do comportamento alimentar. *Análise psicológica*, 25(4), 559-569.
- Reis, C. (2016). *Obesidade e binge eating*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto

- Eizaguirre, A., de Cabezón, A., de Alda, I., Olariaga, L. e Juaniz, M. (2004). Alexithymia and its relationships with anxiety and depression in eating disorders. *Personality and individual differences*, 36(2), 321-331.
- Fairburn, C. e Harrison, P. (2003). Eating Disorders. *The Lancet*, 361, 407-416
- Fernandes, M. P. (2016). *Auto-compaixão, perfeccionismo e atitudes alimentares: disfuncionais em estudantes universitários*. Universidade Católica Portuguesa. Braga
- Ferreira C., Pinto Gouveia J. e Duarte, C. (2012) *Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: Implications for eating disorders*. Universidade de Coimbra. Portugal
- Franz, M., Popp, K., Schaefer, R., Sitte, W., Schneider, C., Hardt, J. e Braehler, E. (2008). Alexithymia in the German general population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(1), 54-62.
- Freire, L. (2010). Alexitimia: dificuldade de expressão ou ausência de sentimento? Uma análise teórica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 15.
- Gago, J. e Neto, D. (2001). Alexitimia e toxicodependência. *Revista Toxicodependências*, 7(3), 19-22.
- Greenberg, L. S. (2014). *Terapia Focada nas Emoções*. 1ª edição. Lisboa: Coisas de Ler Edições
- Hayes, S., Strosahl, K., e Wilson, K. (1999). *Acceptance and commitment therapy* (p. 6). New York: Guilford Press.
- Krystal, J., Giller, E. e Cicchetti, D. (1986). Assessment of alexithymia in posttraumatic stress disorder and somatic illness: Introduction of a reliable measure. *Psychosomatic Medicine*, 48, 84-94
- Laquatra, T., e Clopton, J. (1994). Characteristics of alexithymia and eating disorders in college women. *Addictive Behaviors*, 19(4), 373-380.
- Leahy, R. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and behavioral practice*, 9(3), 177-190.
- Leahy, R. (2005). A social-cognitive model of validation. *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*, 195-217.
- Leahy, R., Tirsch, D. e Napolitano, L. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*. Guilford Press. New York. United States of America.
- Leahy, R., Tirsch, D. e Melwani, P. (2012). Processes underlying depression: Risk aversion, emotional schemas, and psychological flexibility. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(4), 362-379.
- Lent, R. (2004). *Cem Bilhões de Neurónios: Conceitos Fundamentais de Neurociência*. São Paulo: Atheneu
- Martinho, A. (2013). Emoções positivas: estudo da validação Dispositional Positive Emotions Scale para a população portuguesa. In *Emoções positivas: estudo da validação Dispositional Positive Emotions Scale para a população portuguesa*. Universidade de Coimbra. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Coimbra
- McDougall, J. (1982). Alexithymia: A psychoanalytic viewpoint. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 38, 81-90
- Neves, A., Carvalho, A., Zanetti, M., Brandão, R. e Ferreira, L. (2017). Dissimilaridade das habilidades mentais, traços de personalidade, alexitimia e estado de humor em atletas de tiro esportivo das Forças Armadas. *Revista Brasileira de Psicologia do Esporte*, 6(3). Oliveira A. E. e Santos M. A. (2006) *Perfil Psicológico de Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas: A Ótica do Psicodiagnóstico*. Ribeirão Preto. Brasil
- Pereira A., Maia, B., Soares, M., Bos, S., Macedo, A. e Azevedo, M. (2005). Distúrbios do comportamento alimentar no sexo masculino. *Psiquiatria Clínica*, 26(2), 83-96.
- Pereira, A., Maia, B., Bos, S., Soares, M. J., Marques, M., Macedo, A. e Azevedo, M. H. (2008). The Portuguese short form of the Eating Attitudes Test-40. *European Eating Disorders Review*, 16(4), 319-325.
- Pereira, A., Soares, M., Marques, M., Maia, B., Bos, S., Valente, J., e Macedo, A. (2011). Teste de Atitudes Alimentares 25-Validade para o rastreio das Perturbação do Comportamento Alimentar. *Psiquiatria Clínica*, 32(2), 89-104.
- Pestana, M. e Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS (5ªed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinna, F., Lai, L., Pirarba, S., Orrù, W., Velluzzi, F., Loviselli, A. e Carpiello, B. (2011). Obesity, alexithymia and psychopathology: A case-control study. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, (3). <https://doi.org/10.3275/7509>
- Pocinho, M. e Gouveia, J. P. (2000). Peso, insatisfação corporal, dietas e patologia alimentar: Um contributo para o estudo das suas relações. *Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga*.

- Pozza, A., Giaquinta, N. e Dèttore, D. (2015). The Contribution of Alexithymia to Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms Dimensions: An Investigation in a Large Community Sample in Italy. *Psychiatry Journal*, 2015, 1–6. <https://doi.org/10.1155/2015/707850>
- Prazeres, N., Parker, J. e Taylor, G. (2000) Adaptação portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (TAS-20). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico Y Evaluación Psicológica*, 9(1), 9-21
- Prazeres, N., Taylor, G. e Parker, J. (2004). Escala de alexitimia de toronto de vinte itens (TAS-20). Em L. Almeida, M. Simões, & C. Machado, *Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. 2). Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.
- Pregnotatto, A. (2005). Alexitimia e sintomas psicopatológicos em pacientes com insuficiência renal crônica. São Paulo
- Prkachin, G., Casey, C. e Prkachin, K. (2009). Alexithymia and perception of facial expressions of emotion. *Personality and Individual Differences*, 46(4), 412- 417.
- Sampaio, D., Bouça, D., Carmo, I. e Jorge, Z. (1999) *Doenças do Comportamento Alimentar: Manual para o clínico geral*. Edições ASA. Lisboa
- Santos, A. (2005). Propensão para perturbações do comportamento alimentar, alexitimia e factores de eficácia no processamento da informação. Porto
- Santos, A. (2009). *Alexitimia e espontaneidade: quando meia palavra afinal não basta*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa
- Stewart, L., Harris, A., Wilton, G., Archambault, K., Cousineau, C., Varrette, S. e Power, J. (2010) *An Initial Report on the Results of the Pilot of the Computerized Mental Health Intake Screening System (CoMHISS)*. Canadá
- Scherer, K. (2005). What are emotions? And how can they be measured?. *Social science information*, 44(4), 695-729.
- Sifneos, P., Apfel-Savitz, R. e Frankel, F. (1977). The phenomenon of ‘alexithymia’. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28(1-4), 47-57.
- Silva, S. (2015). *A alexitimia na categorização de emoções em expressões faciais dinâmicas*. Universidade de Aveiro. Aveiro
- Souza, A. (2015) *Tratamento dos transtornos alimentares: perfil da não adesão e dos factores associados*. Ribeirão Preto.
- Taylor, G. Parker, J., Bagby, R. e Bourke, M. (1996). Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *Journal of psychosomatic research*, 41(6), 561-568.
- Taylor, G., Bagby, R. e Parker, J. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale: IV. Reliability and factorial validity in different languages and cultures. *Journal of psychosomatic research*, 55(3), 277-283.
- Torres, S. (2005). O corpo e o silêncio das emoções: Estudo da alexitimia na anorexia nervosa. Faculdade de Ciências e Educação da Universidade do Porto
- Torres, S. e Guerra, M. (2003). A construção de um instrumento de avaliação das emoções para a anorexia nervosa. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto. Porto
- Torres, S., Guerra, M., Lencastre, L., Vieira, F., Roma-Torres, A. e Brandão, I. (2011). Prevalence of alexithymia in anorexia nervosa and its association with clinical and sociodemographic variables. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(3), 182-189.
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 20(4), 611-624.
- Voon, V. (2015) *Cognitive biases in binge eating disorder: the hijacking of decision making*. Cambridge University Press

ANEXOS

Anexo 1

Autorizações para utilização das escalas

Autorização Escala de Alexitimia de Toronto (TAS 20)

14/09/2017

Gmail - Utilização de Questionário de Alexitimia



Paulo Gameiro <pcrgameiro@gmail.com>

Utilização de Questionário de Alexitimia

Nina Lisa Castro Diez dos Prazeres <ulfpnina@psicologia.ulisboa.pt>
To: Paulo Gameiro <pcrgameiro@gmail.com>

Thu, Feb 23, 2017 at 11:29 AM

Caro Paulo Gameiro,

Tem a minha autorização para utilizar a adaptação portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (TAS-20) na sua investigação. Pode consultar os dados relativos à adaptação, bem como os procedimentos de cotação e interpretação, em:

Prazeres, N., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (2008). Escala de Alexitimia de Toronto de Vinte Itens (TAS-20). In L. S. Almeida, M. R. Simões, C. Machado, & M. M. Gonçalves (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol II, 2ª ed., pp.95-107). Coimbra: Quarteto.

Com os meus melhores cumprimentos,
Nina Prazeres

De: Paulo Gameiro <pcrgameiro@gmail.com>

Enviado: segunda-feira, 13 de fevereiro de 2017 00:14

Para: Nina Lisa Castro Diez dos Prazeres

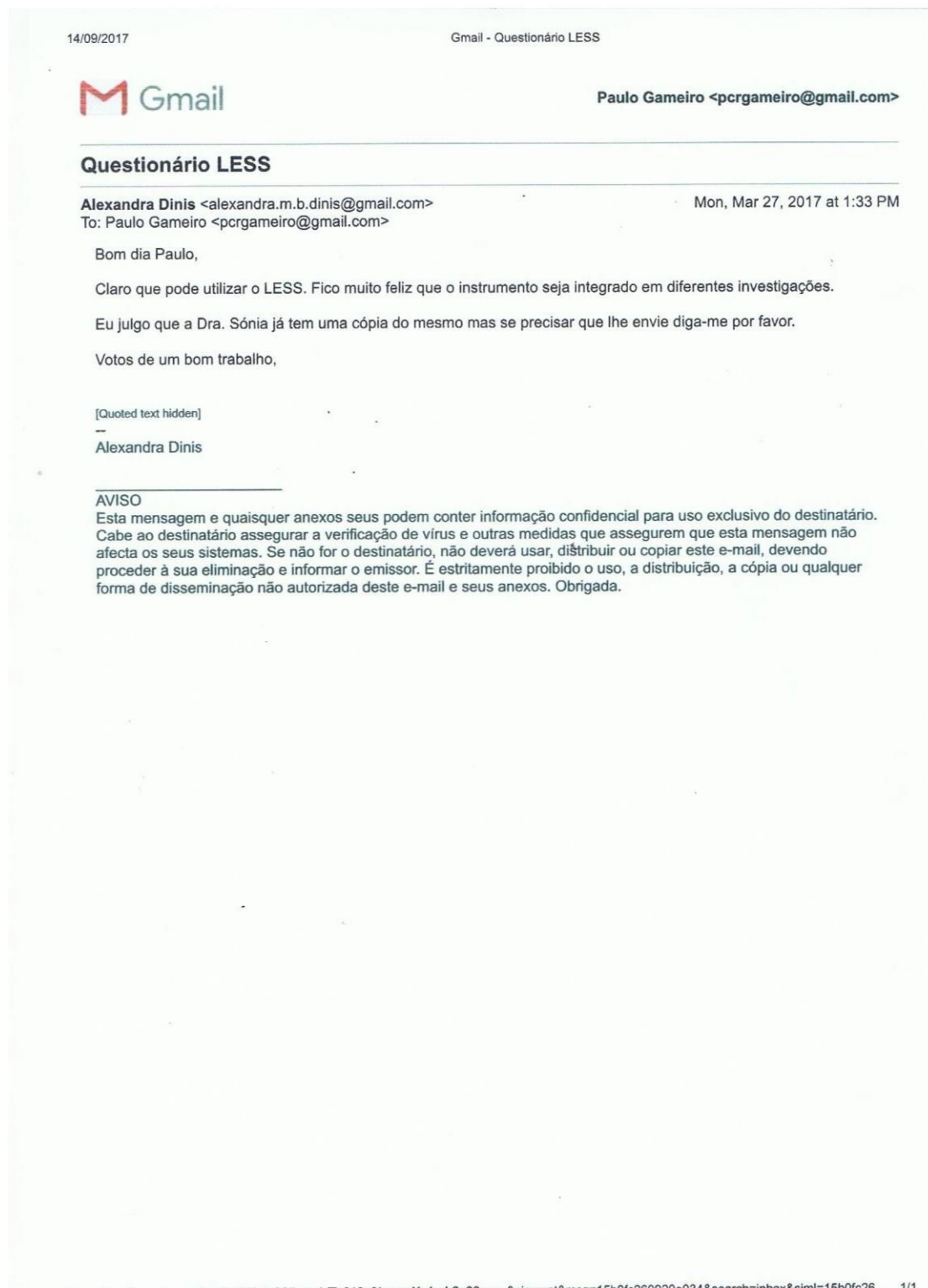
Assunto: Fwd: Utilização de Questionário de Alexitimia

Boa noite

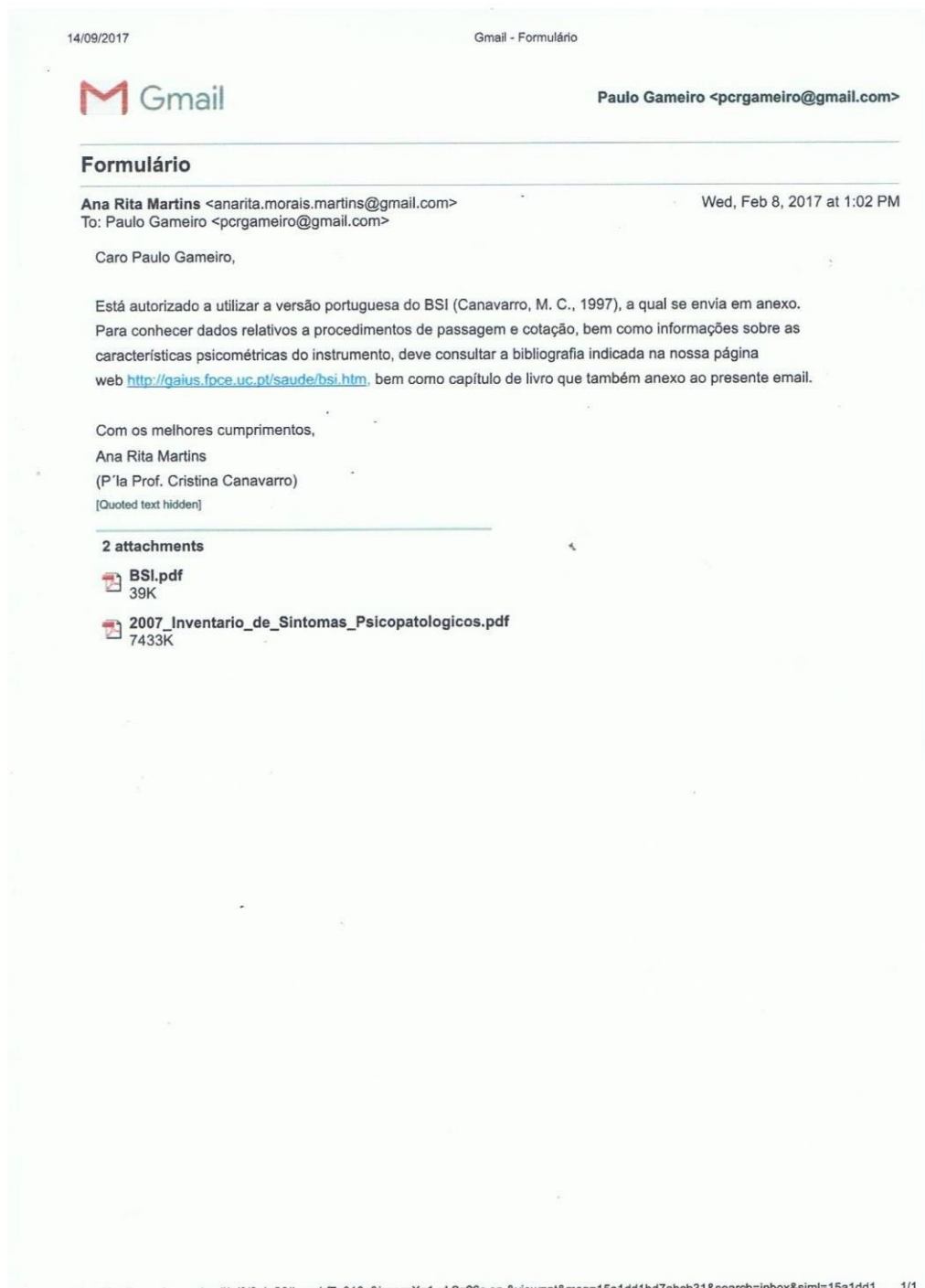
Eu, Paulo César Rodrigues Silva Gameiro, aluno do Mestrado em Psicologia Clínica do Instituto Superior Miguel Torga venho pedir a permissão para utilizar o instrumento **Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens (TAS-20)** para uma investigação no âmbito da minha dissertação de mestrado, sob a orientação da Drª Sónia Simões, cujo tema é a Alexitimia e Comportamentos Alimentares e cujo principal objectivo será compreender se as perturbações do comportamento alimentar se encontram relacionadas com a dificuldade na expressão das emoções

Agradeço desde já a vossa atenção,
Paulo Gameiro

Autorização Escala de Esquemas Emocionais/Emotional Schema Scale de Leahy (LESS)



Autorização Inventário de Sintomas Psicopatológicos/Brief Symptom Inventory (BSI)



Autorização TAA-25 – Teste de Atitudes Alimentares/Eating Attitudes Test (TAA-25/EAT-25)



APENDICES

Apêndice 1

Questionário Sociodemográfico

Questionário sociodemográfico

Idade: _____ anos **Profissão:** _____

Habilitações literárias:

- ☐ 1º - 4º ano ☐ 5º - 6º ano ☐ 7º - 9º ano ☐ 10º - 12º ano
☐ Licenciatura ☐ Mestrado ☐ Doutoramento

Peso (atual): _____ Kg **Altura (atual):** _____ m _____ cm

Parte I.

1. Alguma vez lhe foi diagnosticado um distúrbio alimentar?

☐ Não ☐ Sim

1.1. Se a resposta acima for afirmativa, responda às seguintes perguntas. Caso responda não, passe para a próxima pergunta.

1.1.2. Qual o distúrbio alimentar que lhe foi diagnosticado? _____

1.1.3. Desde que idade surgiu esse problema? _____ anos

1.1.4. Fez algum tipo de fazer tratamento para combater esse mesmo distúrbio?

☐ Não ☐ Sim. Se sim, qual? _____

1.1.5. Sentiu melhorias depois de fazer tratamento?

☐ Não ☐ Sim. Se sim, qual(is)? _____

2. Já alguma vez usou laxantes, diuréticos, medicamentos para emagrecer ou outras drogas com o intuito de perder peso?

☐ Não ☐ Sim

3. Em criança/adolescente tinha excesso de peso/obesidade ou peso abaixo do normal (magreza excessiva)

☐ Não ☐ Sim Se sim, qual ? ☐ Excesso de peso ☐ Obesidade ☐ Peso abaixo do normal/Magreza

4. Está satisfeito com a sua imagem corporal?

☐ Sim ☐ Não, gostaria de aumentar peso ☐ Não, gostaria de perder peso

5. Já praticou algum tipo de exercício físico de forma exagerada com o objetivo de perder peso?

☐ Não ☐ Sim

6. Já realizou alguma cirurgia para alterar o peso?

☐ Não ☐ Sim. Se sim, qual? _____

7. Apesar de não querer aumentar/perder peso, não gosto de algumas partes do meu corpo (e.g. barriga, pernas)

☐ Não ☐ Sim

Se sim, qual? _____

8. Já teve episódios de compulsão alimentar, em que se sentiu incapaz de parar?

☐ Não ☐ Sim

Se sim, com que frequência: (Especifique se o nº de vezes que indica é diariamente, semanalmente ou mensalmente) _____

9. Já fez dietas altamente restritivas ao ponto de desmaiar ou ficar extramente fraca e débil, carente de vários nutrientes?

☐ Não ☐ Sim Se sim, quantas vezes ao longo da sua vida: _____

10. Atualmente tem algum distúrbio alimentar?

☐ Não ☐ Sim Se sim, qual? _____

Parte II: Faça corresponder uma resposta para cada uma das afirmações:

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
Vivo apavorado/a com medo de engordar					
Estou preocupado/a com a comida					
Quando começo a comer sinto que posso não ser capaz de parar.					
Evito alimentos com alto teor calórico.					
Sinto que os outros preferem que eu coma mais e/ou que sou magro/a demais.					
Vomito depois de ter comido.					
Sinto-me extremamente culpado/a depois de comer.					
Sinto-me obcecado/a com o desejo de ser mais magro/a e/ou acho que várias partes do meu corpo são demasiado gordas.					
Penso em queimar calorias quando faço exercício.					
Sinto que a comida controla a minha vida e passo muito tempo a pensar em comida.					
Como alimentos dietéticos					
Tento mostrar autocontrole perante a comida.					
Sinto-me desconfortável depois de comer.					
Tenho o impulso ou vontade de vomitar depois de comer, pois gosto de sentir o estômago vazio.					

Apêndice 2

Google Forms – Questionário Sociodemográfico

Alexitimia e Comportamentos Alimentares em Adultos

* Required

Untitled Section

Questionário Sociodemográfico

Ao longo do questionário serão apresentados questões sobre comportamentos alimentares. Para a maioria das questões basta selecionar a opção correspondente á resposta escolhida. Se não encontrar uma opção de resposta que corresponda á sua situação, escolha aquela que parece ser mais aproximada.
Agradecemos a sua colaboração e que responda da forma mais sincera possível.

Idade: *

Your answer

Profissão: *

Your answer

Habilitações literárias: *

- ☐ 1º - 4º ano
- ☐ 5º - 6º ano
- ☐ 7 º- 9º ano
- ☐ 10º - 12º ano
- ☐ Licenciatura
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento

Peso (atual): *

Your answer

Altura (atual): *

Your answer

1. Alguma vez lhe foi diagnosticado um distúrbio alimentar? *

☐ Não

☐ Sim

1.1. Se a resposta acima for afirmativa, responda às seguintes perguntas. Caso responda não, passe para a próxima pergunta

1.1.2. Qual o distúrbio alimentar que lhe foi diagnosticado?

Your answer _____

1.1.3. Desde que idade surgiu esse problema?

Your answer _____

1.1.4. Fez algum tipo de tratamento para combater esse mesmo distúrbio?

☐ Não

☐ Sim

Se respondeu sim à questão anterior, indique qual?

Your answer _____

1.1.5. Sentiu melhorias depois de fazer tratamento?

☐ Não

☐ Sim

Se respondeu sim à questão anterior, indique qual(is)?

Your answer _____

2. Já alguma vez usou laxantes, diuréticos, medicamentos para emagrecer ou outras drogas com o intuito de perder peso? *

☐ Não

☐ Sim

3. Em criança/adolescente tinha excesso de peso/obesidade ou peso abaixo do normal (magreza excessiva) *

☐ Não

☐ Sim

Se respondeu sim à questão anterior, indique qual?

- ☐ Excesso de peso
- ☐ Obesidade
- ☐ Peso abaixo do normal/magreza

4. Está satisfeito com a sua imagem corporal? *

- ☐ Sim
- ☐ Não, gostaria de aumentar peso
- ☐ Não, gostaria de perder peso
- ☐ Outro

4.1 Se respondeu Outro, indique qual?

Your answer _____

5. Já praticou algum tipo de exercício físico de forma exagerada com o objectivo de perder peso? *

- ☐ Não
- ☐ Sim

6. Já realizou alguma cirurgia para alterar o peso? *

- ☐ Não
- ☐ Sim

Se respondeu sim à questão anterior, indique qual?

Your answer _____

7. É verdade que não gosta de algumas partes do seu corpo? (e.g. barriga, pernas) *

- ☐ Não
- ☐ Sim

Se respondeu sim à questão anterior, indique qual?

Your answer _____

8. Já teve episódios de compulsão alimentar, em que se sentiu incapaz de parar? *

- ☐ Não
- ☐ Sim

Se sim, com que frequência: (Especifique se o nº de vezes que indica é diariamente, semanalmente ou mensalmente)

Your answer

9. Já fez dietas altamente restritivas ao ponto de desmaiar ou ficar extramente fraco e débil, carente de vários nutrientes? *

☐ Não

☐ Sim

Se sim, quantas vezes ao longo da sua vida:

Your answer

10. Actualmente tem algum distúrbio alimentar? *

☐ Não

☐ Sim

Se respondeu sim à questão anterior, indique qual?

Your answer

Parte II: Faça corresponder uma resposta para cada uma das afirmações:

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
Vivo apavorado/a com medo de engordar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estou preocupado/a com a comida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando começo a comer sinto que posso não ser capaz de parar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evito alimentos com alto teor calórico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto que os outros preferem que eu coma mais e/ou que sou magro/a demais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vomito depois de ter comido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto-me extremamente culpado/a depois de comer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto-me obcecado/a com o desejo de ser mais magro/a e/ou acho que várias partes do meu corpo são demasiado gordas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Penso em queimar calorias quando faço exercício.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto que a comida controla a minha vida e passo muito tempo a pensar em comida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como alimentos dietéticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tento mostrar autocontrole perante a comida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto-me desconfortável depois de comer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho o impulso ou vontade de vomitar depois de comer, pois gosto de sentir o estômago vazio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>